



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

Funcionamento Cognitivo-Emocional em Doentes Oncológicos: Mulheres com Cancro Mamário e Ginecológico

Káthia Kareniny Cananéa de Castro

Tese para obtenção do Grau de Doutor em

Psicologia

(3º ciclo de estudos)

Orientador: Prof^a. Doutora Graça Esgalhado

Co-orientador: Prof. Doutor Henrique Pereira

Covilhã, Outubro de 2018

Dedicatória

À minha filha!

Agradecimentos

Em primeiro lugar agradeço à Deus, por me permitir todos os dias sonhar e realizar os meus sonhos! Iniciando-os, desenvolvendo-os e finalizando-os sempre com a sensação única de dever cumprido!

O agradecimento mais especial é naturalmente para minha filha. Se a Lara, não fosse a criança calma, amorosa e saudável que é, nenhum projeto, todos difíceis, que empreendo, desde antes dela nascer, seria possível. Nada nunca poderá sobrepor-se ao bem-estar da minha amada filha. A maior vantagem disso tudo é o exemplo que pretendo dar à ela relativamente a importância do conhecimento. Ela crescerá com o legado da mãe dela, que os sonhos podem e devem se tornar realidade, e que o conhecimento é o maior dos luxos!

Agradeço, com amor, do fundo do meu coração, a minha mãe, a minha raiz, que neste projeto e em todos os outros, sempre me apoiou, sem medir esforços! Confesso que é uma Grande Sorte tê-la acreditando incondicionalmente no meu potencial e fazendo Tudo, o possível e o “impossível”, para me ver prosperar e ser Feliz!

A minha orientadora, a Professora Doutora Graça Esgalhado um agradecimento especial por sua exigência, sensatez, amizade, profissionalismo e sensibilidade, em todos os momentos. Vivendo em Vila Real, relativamente longe da Covilhã, onde se localiza a Universidade, fiz sempre questão de marcar e ir às várias reuniões presenciais, onde era possível também contar, na maioria das vezes, com os sábios conselhos científicos do meu coorientador, o Professor Doutor Henrique Pereira, a quem, também, muito admiro e respeito profissionalmente e pessoalmente!

Um agradecimento também muito especial à minha Orientadora de Mestrado e amiga, a Professora Doutora Cristina Antunes da Universidade de Trás os Montes e Alto Douro (UTAD), que com sua perspicácia profissional olhou e viu em mim potencial para avançar mais um degrau na Academia. E ela acertou, dentre outros Mestres e Doutores queridos que me apoiaram nessa ideia e jornada.

A Professora Doutora Otília Fernandes da Universidade de Trás os Montes e Alto Douro eu não apenas agradeço de coração, mas reconheço que este doutoramento só está a acontecer neste momento porque ela fez tudo que estava ao seu alcance, na época, para que a minha transferência entre Universidades ocorresse com agilidade. Além do profissionalismo, ensinamentos, e amorosidade que é conhecida além-fronteiras. Como nunca parei em momento algum, isso é um facto!

Ao Professor Doutor Francisco Barros que também devo gratidão eterna por ter sempre tido um papel proativo e predominante em muitos passos que dei, tanto na UTAD, como nos projetos seguintes. Obrigada Professor!

Ao Professor Catedrático de Psicologia Carlos Fernandes da Silva, da Universidade de Aveiro, também agradeço, por ter sido a primeira pessoa a quem contatei para iniciar o projeto, e que me deu todo apoio e confiança para seguir, viabilizando meios para que este sonho se tornasse uma realidade!

Aos amigos Elisabete Correia, Dorisa Maravilha, Daniela Maciel, Jorge Costa, João Cardoso, Ricardo Loureiro, Vera Leirós, Aloísio Loureiro, Marta Sousa, Lilian Danielly, Nuno Cardoso, Mayara Leite, Lais Loureiro, Lara Guerra, Diana Teixeira, Nilma Vilhena e Enrique Vásques Justo, o meu Muito Obrigada Mesmo! Sem eles, este projeto não teria durado quase quatro anos, mas muitos mais! Admiro imensamente cada um, não apenas pelo papel que tiveram, e tem na minha vida, mas pela inspiração que me causam e que, de certa forma, me move!

Meu obrigada a toda a minha família! Minha Avó. Minhas tias e meus tios. Em especial a meu tio Roberto, com muito carinho. Minhas primas e meus primos. Cresci com primos e isso foi maravilhoso!

Agradeço a minha irmã Polyanna por se ter mostrado ainda mais especial depois que o nosso pai partiu, em Fevereiro.

Ao meu pai e ao meu avô Isaías, que certamente ficariam orgulhosos de mim, um agradecimento em lembrança.

Todos aqueles que me acompanharam e aceitaram sem hesitar cooperar neste projeto merecem certamente também o meu Obrigada. Nada funcionaria bem se a estrutura dos locais onde precisamos recolher os dados não cooperassem. Nunca me esquecerei disso! Aos alunos e docentes da Universidade de Trás os Montes e Alto Douro, aos funcionários do Hospitais de Trás os Montes e Alto Douro e Cova da Beira, desde administrativos, enfermeiros e médicos, Muito Obrigada! Algumas pessoas que foram essenciais neste sentido: Dra. Marta Sousa, Dr. Miguel Barbosa, Professor Doutor José Alberto Moutinho, Dra. Ana Durão, Dr. Oswaldo Moutinho P. Soares, Dra. Regina Severo, Professora Doutora Alexandra, Professor Doutor Nuno Leite, Professora Doutora Argentina Leite, Sara Peixoto, Tânia Pinto e Paula Couto. Foram muitos mais a cooperar. Eu sei. Eles sabem. Obrigada!

Finalizo agradecendo, com muito respeito, às mulheres guerreiras que aceitaram participar no meu estudo, de bom grado. Foi tudo bastante emocionante! Muito, Muito OBRIGADA à Vocês!

Resumo

Devido ao aumento significativo de novos casos de tumores malignos em todo o mundo, a cada ano, torna-se imperativo que as investigações se debrucem continuamente sobre os temas que envolvem o paciente com cancro. Devido a essa alta incidência, e particularmente, no que se refere aos cancros da mama e do útero, os respetivos rastreios destes cancros, em Portugal, estão sempre em constante análise e monitorização pelo *Sistema Nacional de Saúde* (SNS) (*Direção Geral de Saúde*, DGS, 2015). Mesmo com toda prevenção, os números ainda são muito elevados, existindo diversos fatores, incluindo fatores psicossociais, que contribuem para o desajustamento mental dessas mulheres, em muitos casos, face ao diagnóstico destes cancros. Apesar de a literatura na área da Psicologia, incidir, já há algum tempo, na área da Oncologia, buscando explicar os vários fenômenos que possam ocorrer, ainda não existem muitos consensos em torno dos temas. Por isso, o objetivo geral deste estudo, é dar o nosso contributo neste sentido clarificando o funcionamento cognitivo-emocional de mulheres com cancro mamário e ginecológico (Grupo Patologia Maligna), mediante as variáveis aqui analisadas. Foram criados mais dois grupos que serviram de comparação Grupo Normativo (N= 121) e Grupo Patologia Benigna (N= 58), com os resultados da nossa população-alvo (N= 89). Desta forma, o objetivo geral deste estudo é avaliar o funcionamento cognitivo-emocional de mulheres com cancro mamário e ginecológico. Para isso, enquanto objetivos secundários, avaliámos os valores das prestações atencionais dos três grupos da amostra (Grupo Normativo, Grupo Patologia Benigna e Grupo Patologia Maligna) através do Teste *Stroop* Emocional com *Screening* para Sintomas Alexitímicos, criado nesta investigação para esta finalidade. Verificámos as características sociodemográficas, e comparámos os índices de Inteligência Emocional (IE), Qualidade de Vida (QV), Sintomas Psicopatológicos e *Mindfulness*, nos três grupos. Ainda, examinámos as correlações entre a Alexitimia e a IE, as Sintomatologias Psicopatológicas e a Alexitimia, a IE e o *Mindfulness* e, por último, as Sintomatologias Psicopatológicas e o *Mindfulness*, em toda a amostra. Criámos, por último, um Modelo Conceptual com base na QV das mulheres com cancro da mama e ginecológico. Utilizámos como instrumentos, um questionário sociodemográfico, o Teste de *Stroop* Emocional com *screening* para a Alexitimia, Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), a Escala de Inteligência Emocional de Schutte, Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness* (FFMQ), Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) e o Questionário EORTC QLQ-C30 (QV). Como resultados principais, a lâmina 1 (neutra) do Teste *Stroop* com *screening* para Alexitimia apresentou a pontuação mais alta entre as 3 lâminas do teste, nos três grupos, sendo o Grupo sem Alexitimia a apresentar a pontuação mais alta nesta lâmina, conforme esperado. Não existem diferenças estatísticas significativas entre as lâminas nos três grupos, pelo que não é possível identificar traços alexitímicos através do Teste *Stroop*, nesta amostra. O Grupo Patologia Maligna apresenta valores deficitários de atenção na nomeação de cores no Teste *Stroop*

tendo por base de comparação os dois outros grupos. O mesmo grupo apresentou menor média no Fator 2 (Dificuldades em descrever sentimentos dos outros) e no Total da Escala de Alexitimia (TAS-20), o que sugeriu valores um pouco mais acentuados nestas dimensões, para este grupo. Existem diferenças estatísticas em todas as dimensões do *Mindfulness* nos três grupos, embora exista por parte dos três grupos capacidade para a prática do *Mindfulness*. O Grupo Normativo apresentou os valores mais altos de IE em todas as dimensões, como esperado. Os três grupos apresentam valores significativos em todas as dimensões da escala de Sintomatologias Psicopatológicas, com exceção da dimensão Ansiedade Fóbica. O Grupo Patologia Maligna apresenta médias superiores em todas as dimensões da escala de Qualidade de vida (QV), comparativamente ao Grupo Patologia Benigna. Entre a IE e a Alexitimia há correlação estatística negativa significativa na medida em que a IE aumenta, diminui os níveis de Alexitimia. Existe correlação estatística positiva entre a Alexitimia e as Sintomatologias Psicopatológicas. As dimensões Psicopatológicas com maiores correlações negativas com o *Mindfulness* são, por ordem decrescente, o Psicoticismo, o Total da escala do BSI e a Depressão. Existem correlações positivas significativas entre grande parte das dimensões entre a IE e o *Mindfulness*. As dimensões Descrever e o Total da Escala apresentaram valores maiores de correlação positiva com as dimensões da IE. Existem correlações positivas significativas entre grande parte das dimensões da IE e do *Mindfulness*. O Modelo Conceptual, que teve como referência a QV das mulheres com cancro da mama e ginecológico, demonstrou que somente os Sintomas Psicopatológicos e a IE em conjunto já explicam 28% da variância dos resultados, entre outros resultados deste modelo.

Palavras-chave

Funcionamento Cognitivo-Emocional, Cancro mamário, Cancro ginecológico, Qualidade de Vida

Abstract

Due to the significant increase in new cases of malignant tumors around the world, year after year, it is imperative that the investigations continually focus on the areas that involve the cancer patient. Due to this high incidence, and particularly with regard to cancers of the breast and uterus, the respective screenings of these cancers in Portugal are always under constant analysis and monitoring by the National Health System (SNS), DGS, 2015). Even with all of the prevention, the numbers are still very high and there are several factors, including psychosocial factors, which can contribute to the mental maladjustment of cancer patients. Even though the literature in the area of Psychology has been dedicated for some time to the Oncology area, seeking to explain the various phenomena that may occur, no consensus around the themes has been reached. Therefore, this study looks to make a contribution in this sense by clarifying the cognitive-emotional functioning of women with breast and gynecological cancer (Malignant Pathology Group), using the variables analyzed here. Along with our Malignant Pathology Group (N= 89), two additional groups were also created for the purpose of comparison, Normal Group (N = 121), and Benign Pathology Group (N =58). Thus, the general objective of this study is to evaluate the cognitive-emotional functioning of women with breast and gynecological cancer. In order to do so, values from all three groups (Malignant Pathology Group, Normal Group, and Benign Pathology Group) were evaluated using the Emotional Stroop Test with Screening for Alexithymic Symptoms. We compared the correlations between Emotional Intelligence, Quality of Life (QL), Psychopathological Symptoms and Mindfulness, in the three groups, and we also examined the correlations between Alexithymia and IE, Psychopathological Symptoms and Alexithymia, IE and Mindfulness and, finally, Psychopathological Symptoms and Mindfulness, throughout the sample. Finally, we created a Conceptual Model based on the QOL of women with breast and gynecological cancer. The instruments used throughout this study were: a sociodemographic questionnaire, the Emotional Stroop Test with screening for Alexithymia, Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), the Schutte Emotional Intelligence Scale, Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ), Inventory of Psychopathological Symptoms (BSI) and the EORTC Questionnaire QLQ-C30 (QV). The main results indicated that the Stroop (neutral) slide of the Stroop Test with Alexithymia screening had the highest score among the 3 slides of the test, in the 3 groups, with the non-Alexithymia Group presenting the highest score on this slide, as expected. There are no statistically significant differences between the slides in the three groups, so it is not possible to identify alexithymic traits through the Stroop Test, in this sample. The Malignant Pathology Group presented deficit attention values in the naming of colors in the Stroop Test, based on the comparison between the two other groups. The same group presented a lower average in Factor 2 (Difficulties in describing feelings of others) and in the Total Alexithymia Scale (TAS-20), which suggested slightly higher marked values in

these dimensions for this group. There are statistical differences, in all three groups, with regard to the dimensions of Mindfulness, even though all of the groups presented the ability to practice Mindfulness. The control group (Normality) presented the highest values of IE in all dimensions, as expected. The three groups also presented significant values in all dimensions of the Psychopathological Symptomatology scale, with the exception of the Phobic Anxiety dimension. The Malignant Pathology Group presented higher averages in all dimensions of the Quality of Life (QoL) scale compared to the Benign Pathology Group. Between IE and Alexitimia there was significant negative statistical correlation, as IE increased the Alexitimia levels decreased. There was a positive statistical correlation between Alexithymia and Psychopathological Symptoms. The Psychopathological dimensions with the highest negative correlations with Mindfulness were, in descending order, the Psychoticism, the Total BSI scale and Depression. There were significant positive correlations between most of the dimensions in relation to IE and Mindfulness. The Describe and Total Scale dimensions presented higher values of positive correlation with IE dimensions. The Conceptual Model, which had as a reference the QoL of women with breast and gynecological cancer, showed that Psychopathological Symptoms and IE together account for 28% of the variance of the results in the QV variable, among other results of this model. Therefore, we can conclude that the results of this investigation were very positive in the sense of demystifying the beliefs of fatalism often associated with the diagnosis of cancer.

Keywords

Cognitive-Emotional Functioning, Breast Cancer, Gynecological Cancer, Quality of Life

Índice de conteúdos

Dedicatória	iii
Agradecimentos	v
Resumo	vii
Abstract	ix
Índice de conteúdos	xi
Lista de Figuras	xvii
Lista de Tabelas	xix
Lista de Acrónimos	xxi
Introdução	1
PRIMEIRA PARTE: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	9
CAPÍTULO 1	11
1. Cancro	11
1.1. Definição	11
1.1.1. Estadiamento do cancro	12
1.1.2. Exames de deteção do cancro	13
1.1.3. Fatores de risco do cancro	13
1.1.4. Tratamentos do cancro	14
1.2. Cancro da mama	17
1.2.1. Definição do cancro da mama	17
1.2.2. Incidência do cancro da mama	18
1.2.3. Diagnóstico do cancro da mama	19
1.2.4. Tipos de cancro da mama	19
1.2.5. Estádios do cancro da mama	20
1.2.6. Tratamentos do cancro da mama	21
1.2.7. Fatores de risco no cancro da mama	25
1.2.8. Prevenção do cancro da mama	26
1.3. Cancro ginecológico	27
1.3.1. Carcinomas do útero	27
1.3.2. Estadiamento do cancro ginecológico	27
1.3.3. Cancro do colo do útero	27
1.3.4. Cancro do endométrio	29
1.3.5. Cancro do ovário	30

1.3.6. Cancro da vulva	31
1.3.7. Cancro da vagina	32
1.3.8. Fatores de risco do cancro cervical	32
1.3.9. Tratamento cirúrgico do cancro ginecológico	32
2. Doenças Benignas da mama e ginecológicas	35
2.1. Alterações Funcionais Benignas da mama (AFBM)	35
2.1.1. Definição das AFBM	35
2.1.2. Diagnóstico	36
2.1.3. Mastalgia	37
2.1.4. Cistos	37
2.1.5. Microcistos	38
2.1.6. Fibroadenoma	38
2.1.7. Estadiamento	39
2.1.8. Exames	39
2.1.9. Tratamento das AFBM/Mastalgias	39
2.1.10. Tratamento Cirúrgico das AFBM	40
2.2 Tumores benignos ginecológicos	41
2.2.1. Leiomiomas	41
2.2.2. Classificação dos tumores benignos ginecológicos	42
2.2.3. Cistos ovarianos	42
2.2.4. Pólipos endometriais	42
2.2.5. Tratamento de tumores ginecológicos benignos	44
CAPÍTULO 2	45
1. Funcionamento Cognitivo	45
1.1. Qualidade de vida	45
1.1.1. Cancro e Qualidade de vida	45
1.1.2. Qualidade de vida no cancro ginecológico	47
1.2. Cognições e Oncologia	48
1.3. Processos Cognitivos de Análise	50
1.3.1. O teste Stroop de Cores e Palavras	52
1.3.2. Variáveis Psicossociais e interferência	53
1.3.3. Estudos com o Teste Stroop de cores e Palavras	54
1.3.4. Paradigmas do Stroop Emocional	55
1.3.5. Estudos com o Teste Stroop Emocional	57
1.3.6. Stroop Emocional e Alexitimia	58
1.4. Conceito de Mindfulness	58
1.4.1. Conceito de Mindfulness	58
1.4.2. Critérios do conceito Mindfulness	60
1.4.3. Funcionamento Cognitivo e Psicológico em Mindfulness	61
1.4.4. Eficácia do Mindfulness no âmbito Psicoterapêutico	61

1.4.5. Paradigmas Psicoeducativas em Mindfulness	62
1.4.6. Estudos sobre o cancro e o Mindfulness	62
Capítulo 3	65
1. Funcionamento Emocional	65
1.1. Emoções	65
1.2. Alexitimia	67
1.2.1. Definição da Alexitimia	67
1.2.2. Etiologia da Alexitimia	68
1.2.3. Áreas relacionadas à Alexitimia	69
1.2.4. Variáveis Psicossociais e Alexitimia	70
1.2.5. Avaliação e Tratamento da Alexitimia	72
1.2.6. Avaliação e cancro	72
1.3. Inteligência Emocional	73
1.3.1. Cancro e Inteligência	75
1.4. Sintomatologias Psicopatologias e cancro	76
1.5. Psico-Oncologia	81
SEGUNDA PARTE: ESTUDO EMPÍRICO	83
Capítulo 4	85
1. Apresentação do Estudo	85
1.1. Objetivos	85
1.1.1. Objetivos Gerais	85
1.1.2. Objetivos Específicos	86
1.2. Participantes	86
1.2.1. Caracterização Sociodemográfica da amostra	86
1.2.2. Caracterização Sociodemográfica das patologias da amostra	87
1.2.3. Caracterização dos tratamentos efetuados pelas participantes	90
1.3. Procedimentos	92
1.3.1. Procedimentos Estatísticos	93
1.4. Instrumentos	96
1.4.1. Teste Stroop Emocional	96
1.4.1.1. Apresentação e Descrição dos Resultados na Construção do Teste Stroop Emocional para screening da Alexitimia	97
1.4.1.2. Resultados da Avaliação das palavras gerais e específicas do Teste Stroop com screening para a Alexitimia	100
1.4.1.3. Stroop Emocional e Alexitimia	104
1.4.2. Toronto Scale	108
1.4.3. Escala de Inteligência Emocional de Schutte	109
1.4.4. Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness (FFMQ)	110

1.4.5. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)	111
1.4.6. Questionário EORTC-QLQ-C30	112
1.4.7. Distribuição e Consistência Interna dos Instrumentos utilizados na amostra	113
Capítulo 5	117
1. Resultados	117
1.1. Apresentação e Descrição dos Resultados do Estudo	117
1.1.1. Stroop Emocional e Alexitimia	117
1.1.2. Mindfulness	118
1.1.3. Alexitimia	119
1.1.4. Inteligência Emocional	120
1.1.5. Stroop Emocional	121
1.1.6. Dimensões Psicopatológicas	122
1.1.7. Qualidade de Vida	123
1.1.8. Inteligência Emocional e Alexitimia	124
1.1.9. Sintomas Psicopatológicos e Alexitimia	125
1.1.10. Sintomas Psicopatológicos e Mindfulness	126
1.1.11. Inteligência Emocional e Mindfulness	127
1.1.12. Modelo Conceptual	128
Capítulo 6	131
1. Discussão dos Resultados	131
1.1. Relação das Lâminas Stroop Emocional	131
1.2. Fatores do TAS-20	133
1.3. Mindfulness	135
1.4. Inteligência Emocional	135
1.5. Dimensões Psicopatológicas	137
1.6. Qualidade de Vida	138
1.7. Médias das Lâminas Stroop Emocional	138
1.8. Sintomatologias Psicopatológicas e Alexitimia	141
1.9. Inteligência Emocional e Alexitimia	142
1.10. Mindfulness e Sintomatologias Psicopatológicas	143
1.11. Mindfulness e Inteligência Emocional	143
Capítulo 7	145
1. Conclusões	145
2. Limitações	153
REFERÊNCIAS	154
ANEXOS	228
ANEXO 1 - Carta de solicitação aos hospitais	230

ANEXO 2 - Autorização do Hospital de Trás os Montes e Alto Douro (CHTMAD)	234
ANEXO 3 - Parecer do Hospital de Cova da Beira (C HCB)	238
ANEXO 4 - Autorização Final do Projeto de Doutoramento do CHCB	242
ANEXO 5 - Autorização da Universidade de Trás de Montes e Alto Douro (UTAD)	246
ANEXO 6 - Consentimento Informado do Estudo	250

Lista de Figuras

Figura 1 - Modelo conceptual para a para percepção da qualidade de vida no Grupo Patologia Maligna.

129

Lista de Tabelas

Tabela 1. Caracterização Geral da Amostra	87
Tabela 2. Caracterização das Patologias da Amostra	89
Tabela 3. Caracterização dos tratamentos efetuados	91
Tabela 4. Frequência de utilização das Palavras Gerais	100
Tabela 5. Familiaridade das Palavras Gerais	101
Tabela 6. Compreensão das Palavras Gerais	101
Tabela 7. Evocação das Palavras Gerais	102
Tabela 8. Frequência de utilização das Palavras Específicas	102
Tabela 9. Familiaridade das Palavras Específicas	103
Tabela 10. Compreensão das Palavras Específicas	103
Tabela 11. Evocação das Palavras Específicas	104
Tabela 12. Correlações entre os fatores da Alexitimia e as três Lâminas do <i>Stroop</i> Emocional	105
Tabela 13. Distribuição e Consistência Interna das variáveis em estudo	114
Tabela 14. Lâminas do <i>Stroop</i> Emocional em função da Alexitimia	118
Tabela 15. Dimensões do Mindfulness em função da existência de Patologias (Grupo Normativo, Grupo Patologia Benigna e Grupo Patologia Maligna)	119
Tabela 16. Dimensões da Alexitimia em função da existência de Patologias (Grupo Normativo, Grupo Patologia Benigna e Grupo Patologia Maligna)	120
Tabela 17. Dimensões da Inteligência Emocional em função da existência de Patologias (Grupo normativo, Grupo Patologia Benigna e Grupo Patologia Maligna)	121
Tabela 18. Lâminas do <i>Stroop</i> Emocional em função da existência de Patologias (Grupo Normativo, Grupo Patologia Benigna e Grupo Patologia Maligna).	122
Tabela 19. Dimensões Psicopatológicas em função da existência de Patologias (Grupo normativo, Grupo Patologia Benigna e Grupo Patologia Maligna).	123
Tabela 20. Qualidade de Vida em função da existência de Patologias (Grupo Patologia Benigna e Grupo Patologia Maligna).	124
Tabela 21. Correlações entre as dimensões da Alexitimia e as dimensões da Inteligência Emocional.	125
Tabela 22. Correlações entre as dimensões da Alexitimia e as dimensões Psicopatológicas.	126
Tabela 23. Correlações entre as dimensões do Mindfulness e as dimensões Psicopatológicas.	127
Tabela 24. Correlações entre as dimensões do Mindfulness e as dimensões Psicopatológicas.	128

**Tabela 25. Regressões lineares múltiplas para criação do modelo concetual -
Método Stepwise.**

130

Lista de Acrónimos

SNS	Sistema Nacional de Saúde
DGS	Direção Geral de Saúde
QV	Qualidade de Vida
IE	Inteligência Emocional
TAS-20	<i>Toronto Alexithymia Scale</i>
BSI	<i>Brief Symptom Inventory</i>
FFMQ	<i>Five Facet Mindfulness Questionnaire</i>
EORTIC-QLQ-30	<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer - Quality of Life Questionnaire</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
INCA	Instituto Nacional de Câncer (Brasil)
HPV	<i>Human Papiloma Virus</i>
ADN	<i>Acid dezoxiribonucleic</i>
ACS	<i>American Cancer Society</i>
FIGO	<i>International Federation of Gynecology and Obstetrics</i>
NCCN	<i>National Comprehensive Cancer Network</i>
IPOP	Instituto Português de Oncologia do Porto
IARC	<i>International Agency for Research on Cancer</i>
NIC	<i>Cervical Intraepithelial Neoplasia</i>
JEC	Junção Escamo-Colunar
ACOG	<i>Cervical Cancer Screening Guidelines for Average</i>
NIVA	Neoplasia intraepitelial de vagina
LEEP	<i>Loop electrosurgical excision procedure</i>
AFBM	Alterações Funcionais Benignas da Mama
MBCT	<i>Mindfulness-Based Cognitive Therapy</i>
TCD	Terapia Comportamental Dialética
ACT	Terapia de Aceitação e Compromisso
MBSR	<i>Mindfulness-Based Stress Reduction Program</i>
REBAP	<i>Reducción del estrés basada en la atención plena</i>
UTAD	Universidade de Trás os Montes e Alto Douro
CHTAD	Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro
CHCB	Centro Hospitalar Cova da Beira
UBI	Universidade da Beira Interior
MANCOVA	Multivariate analysis of covariance

Introdução

O presente trabalho incide sobre aspetos do funcionamento cognitivo e emocional da vida psíquica de pacientes com cancro da mama e ginecológico. Atualmente, grande parte das mortes em contexto mundial é causada pelo cancro e de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012), a seguir aos problemas cardiovasculares, o cancro é a doença que mais mata no mundo, principalmente nos países desenvolvidos (Torre, Bray, Siegel, Ferlay, Lortet-Tieulent & Jemal, 2015; Theofilou e Panagiotaki, 2012; Martins, 1992). Mais de 25 mil portugueses morrem, por ano, em decorrência do cancro e do aumento constante e progressivo da incidência desta doença (Teodoro, 2013). O cancro resulta de uma proliferação descontrolada e incontida das células de um órgão, ocorrendo uma multiplicação infinita até se formar um tumor. É genericamente designado para representar um conjunto de mais de 100 doenças, incluindo tumores malignos de várias localizações (*Instituto Nacional de Cancro* (INCA), 2010, citado por Oliveira, Sousa, Garcia, Mendonça, Menezes & Júnior, 2010; *Direção Geral de Saúde* (DGS), 2005; Fauci, et al., 2008; Solana, 2005; Deters, 2003).

O cancro é sem dúvida uma das doenças do presente, e infelizmente do futuro também, no mundo inteiro (DGS, 2014). Por esta razão torna-se pertinente ter esta população como a nossa população-alvo, constituída por pacientes com cancro da mama e ginecológico. Além desse grupo, há mais dois, um grupo sem patologias, o qual denominamos Grupo Normativo e outro denominado Grupo Patologia Benigna, constituído por pacientes com doenças benignas do mesmo foro dos cancros aqui analisados. Estes grupos foram formados com o intuito de servirem de base de comparação com o grupo alvo.

O cancro da mama é o tipo de cancro mais frequente e mais comum entre as mulheres (Silva, 2011; Ferlay, Autier, Boniol, Heanue, Colombet & Boyle, 2006). Também com incidência elevada, o cancro do colo do útero é o segundo tipo mais comum, responsável por 231 mil óbitos anuais em todo o mundo (Alvarenga, Hirata, Magalhães, Ataíde, Rezende & Kalil, 2016). O cancro da mama constitui uma experiência forte para a mulher, podendo estimular sentimentos de pesar, raiva e medo, além do impacto que os tratamentos podem ter na sua QV (Mendes, 2015; INCA, 2012; Patrão & Leal, 2004; Morris, Greer, Pettingale & Watson, 1981; Meyerowitz, 1980). Os tratamentos podem acarretar desconfortos físicos, emocionais, espirituais, económicos, sociais e cognitivos (Santos & Barbosa, 2012; White, 2002). Por ano 22% dos casos novos de cancro em mulheres são cancro da mama (DGS, 2005, 2008). Normalmente, as mamas têm um carácter representativo da feminilidade das mulheres, e qualquer distúrbio ou anormalidade relativos a elas causam impacto emocional e psíquico (Patrão & Leal, 2004). Efetivamente, o impacto psicossocial do cancro pode ser projetado em três seguimentos: desconforto psicológico, mudanças no estilo de vida e preocupações com a possibilidade ou a ocorrência da mastectomia, o reaparecimento da doença e a morte (Duarte & Andrade, 2003; Gimenes & Queiroz, 1997; Gandini, 1995; Carver, 1993). O cancro cervical,

por sua vez, é, de igual forma, um dos tipos de cancro mais comum no mundo, sendo responsável por 6% de todas as neoplasias das mulheres. Cerca de 80% das mortes por este tipo de cancro ocorrem em países subdesenvolvidos (Parkin, Freddie Bray, Ferlay & Pisani, 2002; Alvarenga, et al., 2016; Boring, Squires, Tong & Montgomery, 1994). Historicamente, o útero também representa um símbolo feminino, principalmente por sua função reprodutiva associada à maternidade (Carvalho & Queiroz, 2010; Parkin, et al., 2002; Boring, et al., 1994). Devido ao número de casos significativos da doença, há duas décadas o cancro cervical começou a ser investigado, e atualmente já é conhecida a sua relação com a infeção pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV) e sua componente etiológica: transmissão sexual (Alvarenga, et al., 2016; Trottier, Mahmud, Costa, Sobrinho, Duarte-Franco & Franco, 2006; Parkin, et al., 2002; Boring, et al., 1994). A infeção pelo HPV é reconhecidamente um problema de saúde pública ao nível mundial, pelo que se tornou imperativo promover a prevenção devido aos altos índices de lesões pré-malignas e malignas derivadas desse vírus (Alvarenga, et al., 2016; Sabatino, Habarta, Baron, Coates, Rimer, Kerner, Coughlin, et al., 2008).

Vários estudos apontam alterações na resposta emocional, cognitiva, social e na QV da mulher quando se depara com o diagnóstico de cancro, e neste processo englobam-se não apenas o diagnóstico, mas também a cirurgia e os tratamentos (Patrão, Leal & Maroco, 2012; David, Montgomery & Bovbjerg, 2006; Lechner, Antoni, Carver, Weaver & Phillips, 2006; Ell, Sanchez, Vourlekis, Lee, Johnson, Lagomasino, Muderpach & Russel, 2005; Montgomery & Bovbjerg, 2004; Tomich & Helgeson, 2004; Duarte & Andrade, 2003).

A elevada incidência destas patologias, por si só, já justifica que se investiguem aspetos do funcionamento psicológico destas pacientes, nomeadamente, neste caso, ao nível cognitivo e emocional, com vista a encontrar respostas ajustadas às necessidades destas mulheres. Apesar de as estatísticas atualmente serem animadoras relativamente ao sucesso no tratamento do cancro (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007; Costa, 2004), inclusive nestes, a doença ainda carrega uma forte representação social com crenças de morte, que podem interferir diretamente na autoestima e na capacidade de enfrentar o problema (Mello, 2000), o que, por sua vez, pode dificultar a adesão às terapêuticas propostas (Souza, Pires, Dewulf, Innocenti, Silva & Miassu, 2013; Evans, Charney, Lewis & Gorman, et al., 2005).

Poucas doenças provocam sentimentos tão agudos de ansiedade, apreensão, medo e impotência, como o cancro. O seu impacto fisiológico e psicológico, nos pacientes, e nos seus familiares, tem como resultado profundas alterações nos estilos de vida. Para uns, a doença representa a própria morte, e para outros à possibilidade real de mutilação corporal (Deters, 2003; Mello, 2000). Ao ser informado deste diagnóstico, há um aumento na produção da hormona cortisol, com efeito nocivo ao sistema imune do paciente, podendo levar à uma piora no quadro geral de saúde, incluindo também a resposta emocional (Barbosa, et al., 2012). O paciente desorganiza-se emocionalmente, até ao ponto de perceber que encarar a situação é um passo importante e necessário para a eficácia do tratamento, adaptando-se,

desta forma, a nova realidade (Amaral, 1994). De certa forma, o próprio mundo já impõe essa capacidade de adaptação das pessoas face aos problemas difíceis (não apenas nas doenças oncológicas) em tempos de adversidades sociais e económicas (Quartilho, 2015). Atualmente, atribui-se, de forma positiva, essa mesma capacidade, em grande parte, ao sucesso terapêutico das doenças graves, bem como a resposta do próprio organismo, através do seu sistema imunológico, que parece intervir favoravelmente no tratamento, aumentando a taxa de sobrevivência nesta população (Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2010). Não é de admirar que a Psico-Imunologia tenha vindo a ganhar destaque nos últimos anos, e ainda mais na área oncológica, pela própria importância da doença, e ainda, associada às emoções; intensificando mais uma vez a importância das questões afetivas nessa área oncológica (Amaral, 1994). A Psico-Imunologia é o estudo das eventuais relações entre o funcionamento imunitário com o funcionamento psicológico, mediadas e influenciadas pelos sistemas nervosos central, vegetativo, endócrino e ambiental (Teixeira, 1989). Desta forma, o ajustamento e a atitude em relação ao cancro podem ter correlatos imunológicos que decorrem de influências aparentes na sobrevivência. De facto, nas últimas décadas aumentou significativamente a probabilidade de se sobreviver a um cancro, muito em decorrência dos avanços da Medicina e das Ciências em geral, pelo que foram surgindo novas necessidades para serem atendidas. Por isso, a crescente intenção das investigações científicas por compreender melhor o impacto psicológico na pessoa com cancro (Silva, 2011; Amaral, 1994). Inclusive na área da Psico-Oncologia, que é, primordialmente, uma área de interface entre a Psicologia e a Oncologia, que utiliza conhecimento educacional, profissional e metodológico advindos da Psicologia da Saúde para dar assistência aos pacientes oncológicos, à sua família e aos profissionais que atuam nessa área (Scannavino, Sorato, Lima, Franco, Martins, Júnior, Bueno, et al., 2013; Burón, Rodríguez, Linares, López, Gonzáles & Guadalupe, 2008; Holland & Gooden-Piels, 2000; Spiegel, Morrow, Classen, Raubertas, Stott, Mudaliar & Riggs, 1999; Carvalho, 1994). Os estudos sobre o tema da Psicossomática, neste sentido, também ajudam a evidenciar estas necessidades, pois associam a doença física a um estado psíquico alterado do paciente. Apesar disso, é preciso clarificar que nem sempre a doença física se repercute no estado psicológico do paciente de forma patológica. O que realmente tem vindo a ser descoberto, é que essa relação entre psíquico e somático, é de facto suscetível de se manifestar através de doença física em todos os sistemas do organismo humano, apresentando maior prevalência sobre o sistema cutâneo (Spence & Johnston, 2003). Este tem sido desde sempre associado à vida afetiva (de forma consciente e inconsciente), sendo mesmo considerado o espelho das emoções humanas. A alta prevalência dos cancros aqui analisados revela essa mesma tendência, pois ambos se iniciam em partes específicas dos tecidos cutâneos do corpo (Simões, 2008). Jung (1982) acredita que o afeto e a emoção são realmente passíveis de gerar reações no ser humano, marcadas por sensações físicas e distúrbios no pensamento, sendo sinal que um complexo da pessoa foi ativado, desencadeando uma reação involuntária. Para este autor, um indivíduo que se encontra com este nível psicológico inferior, com as suas emoções descontroladas, encontra-se incapaz de

realizar um julgamento moral. Isto pode justificar, de alguma forma, o porquê de muitas vezes, os doentes não se queixarem de sintomas cognitivos e emocionais de forma explícita, preferindo, antes pelo contrário, esconder estes sintomas do seu estado emocional, privilegiando os sintomas físicos e comportamentais (Pregnotatto, 2005). Também já é do conhecimento científico que as doenças orgânicas aumentam o risco de perturbações mentais, e estas por sua vez, aumentam o risco de doenças orgânicas (Evans, Charney, Lewis, Golden, Gorman, et al., 2005). Neste sentido, justifica-se que alguns autores visem analisar sintomas cognitivos e emocionais na QV do paciente com cancro (Dias & Barra, 2006; Makluf, 2006; Engel, Kerr, Schlesinger-Raab, Sauer & Hölzel, 2004; Cohen, Hack, Moor, Katz & Goss, 2000), tal como é o objetivo geral deste estudo. Bottino, Fráguas e Gattaz (2009) e Godding, McAnulty, Wittrock, Britt e Khansur (1995) concluíram, por exemplo, que a depressão é considerada um sintoma comum nos pacientes com neoplasias, atingindo cerca de 22% a 29% dos pacientes, tendo a perceção de suporte social e de QV impacto direto no surgimento desta patologia. Outros autores verificaram ainda que a saúde mental do paciente oncológico e dos pacientes tratados em hospitais, se revela inferior ao da população em geral (principalmente nos quadros de ansiedade e depressão) (Grilo & Santos, 2013; Juver & Verçosa, 2008; Cardoso, 2004), surgindo em consequência disso, algumas situações de alterações de foro psiquiátrico (fobias simples e pânico), o que também contribui para um elevado risco de deterioração cognitiva (Boer, Elving & Seydel, 1998; Grassi, Indelli, Marzola & Maestri, 1996), existindo ainda, risco de suicídio em pacientes oncológicos com depressão major (Fanger, Azevedo, Mauro, Lima, Gaspar, Silva, Nascimento & Botega, 2010; Fawzy & Greenberg, 1996). Outros estudos associam o risco de suicídio à estágios avançados da doença nesses pacientes (Wasteson, Brenne, Higginson, Hotopf, Lloyd-Williams, Kaasa, et al., 2010; Jenkins, Carmody, Rush, 1998).

Por essas razões, normalmente, os estudos com amostras de pacientes com doenças graves, privilegiam aspetos da autoeficácia, autoestima e suporte social como agentes prioritários da pretendida estabilidade cognitiva e emocional (com implicações para a QV) (Barbosa, et al., 2012; Ota, Igarashi, Hatazawa & Tanaka, 1997; Cunningham, Lockwood & Cunningham, 1991). O presente estudo, porém, apesar de ter revelado a mesma intenção, ou seja, investigar aspetos cognitivos e emocionais de pacientes com cancro, não terá como plano de fundo os mesmos aspetos, mas sim outros, que são igualmente importantes, e que naturalmente foram bem menos investigados na literatura, revelando pouco ou nenhum posicionamento por parte da mesma (em alguns aspetos, como a QV e as sintomatologias psicopatológicas já se encontra). Também tivemos como objetivo inovador construir um Teste *Stroop Emocional* para identificar a Alexitimia na população do estudo, e ainda suscitar interesse em próximas investigações, que possam eventualmente validá-lo. Com este teste, procurou-se igualmente identificar os níveis atencionais da população em questão. Também, sob a ótica da atenção foi aplicada a escala psicométrica para medir a capacidade para aderir ao *Mindfulness*, justificando assim um dos objetivos principais do estudo que é investigar o funcionamento

cognitivo-emocional da amostra. Neste sentido, o presente estudo cingiu-se a um campo cognitivo específico, o dos processos atencionais, por ser, verdadeiramente, uma das capacidades cognitivas mais importantes, por si só, e para todos os outros processos neuropsicológicos (Rueda & Castro, 2010).

Já é possível afirmar, por via dos resultados desse conjunto de estudos, que os aspetos emocionais e cognitivos influenciam-se mutuamente em qualquer processo psicológico humano (Lúria, 1966, 1980, 1979, 1976, 1973). Outro aspeto relevante neste estudo inclui a percepção de QV, que apesar de não ser uma variável muito incomum nos estudos deste âmbito, é imprescindível em quase todos os outros aspetos que se relacionam com o cancro. A QV relaciona-se com a aptidão funcional na vida diária, e o modo como a pessoa percebe o bem-estar, e segundo Simões (1992) o bem-estar subjetivo é “a maneira positiva ou negativa como as pessoas experienciam a sua vida” (p. 503), reportando-se aos aspetos positivos da sua vida, e não apenas à ausência de fatores negativos (Diener, 2000; Simões, 1992). Neste sentido, também com implicações na QV e na percepção de bem-estar subjetivo, encontram-se outras variáveis como o *Mindfulness*. Nos últimos anos, as perspetivas orientais trazem para a prática psicológica novos constructos, e foi aí que surgiu este conceito: uma abordagem com intenção de aumentar a consciência e a resposta hábil nos processos mentais que contribuem para diminuir o *distress* emocional e os comportamentos desadaptativos. É obvio que as emoções parecem sofrer alterações significativas nesta população. Por esse motivo, também se realizou o despiste da Alexitimia. A Alexitimia é assim um constructo da personalidade caracterizada essencialmente por uma fraca capacidade para identificar e comunicar emoções e sentimentos. Há evidências de que a Alexitimia não apenas vulnerabiliza a pessoa para doenças psicossomáticas, mas também a expõe a comportamentos inapropriados nas suas relações interpessoais, como, por exemplo, ataques de raiva injustificados (Barenbaum & Irvin, 1996; Meyerowitz, 1980; Morris, et al. (1981), e ainda, a uma ampla gama de distúrbios psiquiátricos, como depressão, esquizofrenia, transtornos de pânico, perturbações alimentares, abuso de substâncias, *stress* pós-traumático e transtornos de personalidade (Mitchell, Lord & Symonds, 2012; Henry, Bailey, Hippel, Rendell & Lane, 2010; Frewen, Dozois, Neufeld & Lanius, 2008). Em contraposição, a inteligência emocional (IE) está associada a adaptação psicológica aos desafios impostos pela vida (Gomes, 2011; Primi, 2003), e também foi igualmente analisada neste trabalho.

Como já é conhecido através dos diversos estudos da área da Psicossomática, a ansiedade e a depressão influenciam a gravidade e o impacto dos sintomas físicos, os mecanismos de autocontrolo da doença, com repercussões negativas sobre o respetivo prognóstico, a incapacidade funcional resultante, o consumo de cuidados de saúde, e mesmo algumas das alterações fisiopatológicas que caracterizam as doenças crónicas (França & Rodrigues, 2011; Silva & Muller, 2007; Cerchiari, 2000; Rodrigues & Gasparini, 1992; Mello, 1992; Watson,

Greer, Rowden, Gorman, Robertson, Bliss & Turmore, 1991; Dias, 1981), tendo sido também de total importância neste estudo investigar estas sintomatologias psicopatológicas.

Devido a esta caracterização, este estudo revela-se nitidamente pertinente, porque há de facto a necessidade de investigar continuamente variáveis emocionais e cognitivas que alteram a vida psíquica dessas mulheres. Nos primeiros cinco anos depois de um diagnóstico de cancro, cerca de um sexto dos pacientes apresentam uma síndrome depressiva forte. Se considerarmos em conjunto a depressão e a perturbação do ajustamento, o valor mencionado sobe para um terço, justificando estes estudos e todos os de mais que surgirem sobre a necessidade de se avaliarem as emoções dos pacientes, cada vez em maior número, que sobrevivem à doença (Mitchell, Chan, Halton, Grassi, Johansen, et al., 2011; Tel & Dogan, 2011). Assim, a problemática que envolve este tema, como já se pode refletir nesta introdução, é ampla, a começar pelo facto mais importante: a incidência de cancro está a aumentar a cada dia! É de facto um dos grandes desafios deste século, tanto pela incidência, morbilidade e mortalidade, como pelo impacto negativo a nível psicológico, social e económico (Jemal, Bray, Center, Ferlay, Ward & Forman, 2011). Mais detidamente, nos cancros da mama e ginecológico, analisados aqui, além dessa tendência, e apesar de ser uma temática recorrente nas investigações do cancro (com predomínio no cancro da mama) em Portugal e mundo, ainda há muito por se descobrir nessa área. Como se verificará posteriormente na literatura já existem algumas investigações com interesse nas emoções e cognições dessas pacientes, porém raros são os temas que revelam algum consenso. O que gera outro problema, poucos instrumentos, técnicas e conhecimento para atuação dos psicólogos que intervêm na área da Psico-Oncologia (Burón, Rodríguez, Linares, López, Gonzáles & Guadalupe, 2008). Dessa maneira, torna-se necessária a condução de mais investigações em prol do aprimoramento desta área (Teixeira & Pires, 2010; Franco e Kovács, 2008; Gimenes, 2000).

O trabalho está dividido em duas partes principais: uma primeira parte, reservada à compreensão teórica de todos os temas que envolvem as características da amostra e variáveis dependentes e independentes do estudo; e uma segunda parte, orientada para os dados empíricos encontrados, designadamente análises e discussão dos resultados. A primeira parte, desta forma, clarifica temas relacionados com as patologias em questão (cancro da mama e ginecológico; patologias benignas da mama e ginecológicas). E a segunda parte responde ao objetivo geral e aos específicos desta investigação. O nosso interesse, com este trabalho, visou primordialmente essa mesma clarificação de temas importantes na área do cancro relacionada com a área da Psicologia, aumentando assim o conhecimento na área da Psico-Oncologia. Secundariamente a isto, mas não menos importante, foram conhecidos os valores de todas as medidas psicométricas da amostra, de forma transversal, incluindo os resultados do Teste *Stroop* (Normalidade, Grupo Patologia Maligna e Grupo Patologia Benigna). Detalhadamente, o objetivo principal desta investigação consiste em avaliar o

funcionamento cognitivo-emocional de doentes com cancro mamário e cancro ginecológico. Enquanto objetivos específicos para atingir este objetivo maior, criámos o Teste *Stroop Emocional* com *Screening* para Sintomas Alexitímicos, verificámos igualmente características sociodemográficas e comparámos os níveis de atenção, Alexitimia, Inteligência Emocional, QV, sintomas psicopatológicos e *Mindfulness*, nos três grupos, bem como examinamos algumas correlações importantes entre estas variáveis. Por último, construímos um modelo preditivo do funcionamento cognitivo-emocional nas mulheres com cancro, com recurso ao modelo de regressões lineares.

PRIMEIRA PARTE: Fundamentação Teórica

Capítulo 1

1. Cancro

1.1. Definição

Do ponto de vista estritamente médico, o cancro está inserido numa classe de doenças onde as células crescem e se dividem descontroladamente. Estas alterações promovem o aparecimento de células malignas com potencial metastático (Fauci, et al., 2008; Deters, 2003; Weinberg, 1988). Trata-se de um processo que se inicia quando ocorre uma transformação celular por mutação genética do ácido desoxirribonucleico (ADN), formando um clone que ganha características proliferativas alterando os tecidos envolventes (por vias linfáticas ou sanguíneas) e, por sua vez, originando os tumores (Smeltzer, Bora, Hinkle & Cheever, 2005; Weinberg, 1996, 1988). Os tumores são genericamente designados por cancro, podendo igualmente ser nomeados por neoplasia maligna, carcinogénese e tumor maligno (Fauci, et al., 2008; Pinto, 2007; Deters, 2003; Vasquéz, Rodrigues & Álvares, 1998). É importante referir que, apesar da literatura ainda dar bastante ênfase às componentes morfológicas da célula no tumor, atualmente, a maioria das investigações têm-lhe atribuído um estatuto de órgão independente (Hanahan & Weinberg, 2011; Colotta, Allavena, Sica, Garlanda & Mantovani, 2009).

As neoplasias humanas também podem ser de carácter benigno, apresentando, em contraste com as neoplasias malignas, um crescimento lento e não invasivo de outros tecidos (Fauci, et al., 2008; Pinto, 2007; Deters, 2003; Ogden, 2004; Vasquéz, Rodrigues & Álvares, 1998). Todas as neoplasias, independentemente da sua natureza, são provenientes de alterações celulares genéticas graves. O cancro, por exemplo, é uma doença genética por essência, visto estar implicado diretamente no ADN humano (mais por via somática do que hereditária); tanto o crescimento como a multiplicação e diferenciação celular, dependem, em grande parte, de genes que foram conservados durante milhares de anos pela evolução humana (oncogenes). Estes oncogenes codificam oncoproteínas similares às normais, com a exceção de que perdem a capacidade de serem controladas pelos seus próprios elementos reguladores (passando à regulação autónoma). O processo de divisão e/ou diferenciação celular envolve, assim, a receção de uma proteína denominada fator de crescimento. Este fator é reconhecido por um recetor na superfície da célula, também ele uma proteína que se localiza na parte externa da membrana celular. Nessa dinâmica, as lesões do ADN celular acumulam-se, originando o tumor. Desta forma, o tumor é um aumento observável de volume numa dada parte do corpo, tanto do ponto de vista clínico como biológico; geralmente é maligno quando as células neoplásicas têm capacidade de movimento, quando rompem com as junções que

mantêm a organização da única camada epitelial existente, desordenando assim as junções proteicas e a polaridade epitelial. Neste caso, as células podem alterar a expressão e a distribuição dos seus recetores, com o objetivo de redistribuírem as suas conexões na membrana basal e poderem interagir com as “novas” moléculas da matriz extracurricular sub-basal. É assim que se forma a neoplasia (INCA, 2012; Spence & Johnston, 2001). O tempo de duplicação celular difere de um cancro para outro. Um tumor de crescimento rápido, por exemplo, duplica o seu número de células (tamanho) entre uma e quatro semanas, enquanto outro de crescimento lento demora cerca de seis meses; podendo, no entanto, durar anos, como acontece no caso do cancro do colo do útero. Desta forma, o crescimento rápido das neoplasias malignas poderá também dar origem à necrose, perda tecidual, formação de úlcera, hemorragias, calcificação e cistificação (Schwartzman, Moraes Filho & Silver, 1991). De acordo com a literatura, existem quatro tipos diferentes de cancro: sarcomas, linfomas, leucemias e carcinomas. Os sarcomas são tumores presentes nos músculos, ossos e cartilagens; os linfomas, no sistema linfático; e as leucemias, nos tecidos sanguíneos e medula óssea. Aqui interessa definir os carcinomas, por serem os cancros em questão neste estudo, e também por serem os mais comuns. Assim, de uma forma genérica, os carcinomas são os cancros que atacam as células epiteliais que recobrem as superfícies internas e externas dos órgãos (Bower & Waxman, 2006; Flach, 2002). É de realçar que este fenómeno ocorre tanto nos tumores malignos como nos benignos, emergindo de tecidos correspondentes aos órgãos acometidos. Por exemplo, no caso da mama, podem surgir na pele, ducto, gordura, músculo, nervo, glândula, tecido fibroso ou vasos sanguíneos (Bernardes, Seruca, Chakrabarty & Fialho, 2010; Ogden, 2004).

1.1.1. Estadiamento do cancro

Em teoria, as doenças ocorrem em diferentes fases, na sequência do aparecimento dos sintomas, confirmação do diagnóstico, adaptação/recuperação da doença e/ou remissão total, ou, em alguns casos, cuidados paliativos (Vadivelu, 2012; Spence & Johnston, 2001; Altschuler, 1997). No caso dos tumores malignos, normalmente, aplica-se um sistema de classificação que permite inferir sobre o comportamento biológico do tumor, conduzir terapêuticas, prever complicações, estimar prognósticos, organizar a avaliação dos resultados terapêuticos, padronizar a publicação desses resultados, facilitar a troca de informações entre os especialistas e contribuir para a investigação oncológica (Gadelha, Costa & Almeida, 2005). No cancro, estas fases dividem-se basicamente em três: *in situ*, invasiva e invasiva à distância. Na fase *in situ*, a lesão cancerígena ainda se apresenta microscópica, ou seja, no estado inicial, sem sintomas. Nesta fase, por exemplo, já é possível fazer o rastreio dos cancros da mama (Pereira, Pereira & Rodrigues, 2009) e do útero (Simões, Carneiro, Schmitt & Lopes, 2007), recorrendo-se a exames específicos. Na fase seguinte, a *invasiva*, a lesão já migrou do seu local original para outro tecido do corpo, criando metástases. A última fase, a *invasiva à distância*, corresponde a fase das metástases propriamente ditas, quando a lesão já se extrapôs do seu local original para outros tecidos do corpo (Ávila, 2014).

Os dois tipos básicos de estadiamento são o clínico e o patológico. O estadiamento clínico é baseado na história clínica do paciente, ou seja, nos exames físicos e imagiológicos (*radiografia, cintilografia, ecografia, tomografia, ressonância magnética, endoscopias, punções e biópsias*) realizados antes da escolha terapêutica (Duarte & Andrade, 2003). O estadiamento patológico resume-se a estas descobertas, servindo para determinar a extensão e o tratamento mais adequado para a doença. Este estadiamento não é aplicável a todas as situações, podendo ainda diferir do estadiamento clínico (INCA, 2016). No caso do cancro da mama, o estadiamento é delimitado pela TMN (American Cancer Society (ACS), 2014), e no caso das patologias malignas ginecológicas pela FIGO (Raposo & Oliveira, 2009; FIGO, 1971).

1.1.2.Exames de deteção do cancro

Os exames de deteção são uma das ferramentas mais valorizadas na área do cancro, por permitirem diagnosticar precocemente a doença, aumentando assim as possibilidades de sobrevivência e cura (Torre, et al., 2015; Pinto & Pais-Ribeiro, 2007). Alguns exames médicos são altamente eficazes na deteção do cancro, designadamente: os exames imagiológicos (*radiologia, ecografia, tomografia axial, ressonância magnética e cintilografia*), laboratoriais (*exames analíticos, citogenética, técnicas moleculares, marcadores tumorais e exames anátomo-patológico*) e de biologia molecular. Contudo, na prática clínica apenas o exame anátomopatológico é fiável ao ponto de garantir o diagnóstico do cancro. Este exame inclui as modalidades de autópsia, biópsia e citologia: a autópsia consiste no estudo da evolução da doença em estádios; a biópsia, na retirada de fragmentos de um tecido ou de peças cirúrgicas do próprio paciente (em casos suspeitos de neoplasia maligna); e a citopatologia, no rastreio de células atípicas, por raspado, descamação natural ou aspiração. A citopatologia foi desenvolvida por Papanicolau, o médico detentor do exame citopatológico cérvico-vaginal, que prevê atipias celulares de várias ordens, inclusive as do cancro do colo do útero (Simões, Carneiro, Schmitt & Lopes, 2007).

1.1.3.Fatores de Risco do Cancro

No geral, os fatores de risco mais associados ao desenvolvimento do cancro são: idade, género, etnia, hereditariedade, crenças, estilo de vida, localização geográfica, envelhecimento, comportamentos de risco (consumo de álcool e tabaco, *stress*, alimentação inadequada e sedentarismo), influências hormonais e agentes infecciosos (bactérias e vírus) (Torre, et al., 2015; ACS, 2013; Costa, 2010). Entretanto, a influência destes fatores não é suficiente para determinar a etiologia da doença, que permanece, ainda nos dias de hoje, um desafio para os investigadores da área (ACS, 2011; Fernandes, 2009; Stein & Colditz, 2004). A literatura, porém, adverte para a alta perigosidade de dois destes fatores: o consumo de tabaco (alta correspondência com o cancro do pulmão, bem como associação a 30% de todos os cancros) e a alimentação inadequada (35%) (Costa, 2010). O consumo de álcool também é referido, neste sentido, como um importante fator de risco associado aos cancros da boca, faringe, esófago, laringe, cólon e reto; aumentando o seu risco em função da quantidade

ingerida (em consumos acima de 60g por dia, e para cada 10g de incremento de dose por dia, o risco aumenta em 9%), bem como com o efeito cumulativo com o tabagismo (cancros do tubo digestivo e do sistema respiratório) (Simões, et al., 2007).

A obesidade é muito referida na literatura médica como outro importante fator de risco, não só para o cancro, como para várias outras doenças metabólicas e hormonais (cancros do endométrio) (Martins, 1992), pâncreas, próstata, cólon, esófago, fígado e mama (Simões, et al., 2007).

A excessiva exposição solar, a exposição a agentes químicos em contexto laboral (como asbestos, crómio ou benzeno e seus derivados) e o estilo de vida, são igualmente muito citados na literatura do cancro (Costa, 2010). Por um lado, a excessiva exposição solar é supramencionada devido à sua associação com o melanoma (cancro dos melanócitos da pele), que é um tipo de cancro da pele muito incidente, e que afeta principalmente os indivíduos de pele branca (Simões, et al., 2007; Thorling 1996). Por outro lado, a exposição a substâncias químicas específicas em contexto laboral (formaldeído, fenoxi, herbicidas e dioxinas) relaciona-se, maioritariamente, com os cancros da cavidade oral e da faringe (Becher, Flesh-Janys, Kauppinen, Kogevinas, Steindorf, Manz & Wahrendorf, 1996).

Por último, o estilo de vida é um fator de risco mencionado em todos os cancros, representando a maior probabilidade de uma pessoa desenvolver a doença, na ordem de 50% (ex.: consumo excessivo de álcool, ausência de exercício físico e a má alimentação) (ACS, 2013).

1.1.4.Tratamentos do cancro

Para o tratamento do cancro existem diversas opções que variam de acordo com o tipo e o estágio da neoplasia. Dentro das opções disponíveis, as modalidades terapêuticas mais utilizadas são: a cirurgia, a terapêutica radiológica (radioterapia, terapia fotodinâmica e hipertermia), a quimioterapia com agentes citotóxicos, a terapêutica hormonal e genética e a transplantação de medula óssea (Spense & Johnston, 2003; Benda, Mendenhall, Lind, Cendan, Shea, Richardson & Copeland, 2003). Outros métodos importantes incluem a terapêutica hormonal (sobretudo no cancro da próstata, mama e endométrio), a imunoterapia (ex.: anticorpos monoclonais, interferões, outros modificadores da resposta biológica e vacinas tumorais) e os indutores de diferenciação das células malignas de algumas neoplasias (ex.: retinóides) (Simões, et al., 2007; Dias, Manuel, Xavier & Costa, 2002).

Aqui, serão descritas apenas as quatro principais formas de tratamento do cancro: quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia e cuidados paliativos.

A quimioterapia é o tratamento mais comum na área do cancro; utiliza fármacos para combater células malignas do tumor, tanto as que se disseminaram pela corrente sanguínea

como pelo resto do corpo (Amorin, 2007; Ogden, 2004). Pode ser administrada por via sistêmica (endovenosa) e classificada de acordo com a sua finalidade: quimioterapia adjuvante, quimioterapia neoadjuvante, quimioterapia primária, quimioterapia paliativa, monoquimioterapia e poliquimioterapia. A quimioterapia é um elemento essencial tanto no tratamento efetivo como nos efeitos paliativos das doenças oncológicas (Amorin, 2007; Spense & Johnston, 2003).

Relativamente aos efeitos secundários, a quimioterapia pode provocar uma série deles, sendo os mais comuns: queda de cabelo, náuseas, vômitos, fadiga e inflamação da boca. Todos estes efeitos podem interferir diretamente com a autoimagem, sexualidade e QV da mulher (Ogden, 2004; Ballatori & Roila, 2003).

A radioterapia é uma especificidade clínica que usa a radiação ionizante no tratamento de pacientes oncológicos (e algumas vezes em pacientes com doenças benignas). O objetivo da radioterapia é administrar uma dose de radiação precisa num dado volume tumoral com o intuito de erradicar o tumor, causando o menor dano possível aos tecidos saudáveis circundantes. Algumas vezes a radioterapia é utilizada com fins paliativos. Frequentemente realiza-se antes uma ressonância convencional (radiografias realizadas na posição-alvo e profundidade do tumor) para determinar precisamente a dose e as áreas de distribuição das curvas de isodoses. Os órgãos (ou estruturas) que apresentem limitação para recebimento da dose devem ser protegidos, bem como não deve ser excedida a tolerância epitelial na área tumoral. Em muitas situações, o limite entre a estrutura normal e a área tumoral é reduzida, sendo preciso imobilizar adequadamente o paciente durante a radioterapia. Também há a necessidade de alterar o plano terapêutico em função da progressão da doença ou da tolerância das áreas vizinhas ao tumor. Na maioria das situações, o tratamento radioterápico é tolerado positivamente pelos pacientes, e as suas reações secundárias são dependentes da área irradiada, do volume tecidual, da dose e dos fatores individuais (como, por exemplo, maior ou menor sensibilidade à radioterapia). Atualmente, efeitos secundários como náuseas ou vômitos surgem com menor frequência, sendo mais comuns quando o abdômen superior é irradiado (Schwartzman, et al., 1991). Para os autores Shapiro e Recht (2001), há efeitos secundários muito mais sérios e preocupantes, nomeadamente a toxicidade cardíaca, o risco de recidivas, os linfoedemas e as fraturas das costelas (Karen, Valerie, James, Jason, Young-Bin, Joanne Moseley, et al., 2009).

Outra forma de radioterapia regularmente utilizada é a braquiterapia, que consiste na utilização de altas doses de radiação em áreas estritas ao tumor (Esteves, Oliveira & Feijó, 2004). Este tratamento pode durar mais de um mês ou apenas alguns dias (Nag, Kuske, Vicini, Arthur & Zwicker, 2001). É muito utilizado no cancro da mama, em fases menos severas (estádios I e II), podendo mesmo constituir, em alguns casos, a única forma de tratamento (Fernandes, 2009; Vicini, Baglan, Kestin, Chen, Edmundson, Martinez, 2002). O tratamento hormonal é considerado, muitas vezes, uma primeira opção no tratamento do cancro, devido

à sua baixa toxicidade. Contudo, não é indicado em casos de doença de rápida evolução (metástases) ou com presença de tumores hormonorresistentes. Nestes casos, a quimioterapia é a opção mais indicada e utilizada. Os estudos recentes sobre a biologia tumoral sugerem que o tratamento hormonal altera o comportamento das células tumorais hormonoindependentes através de fatores de crescimento produzidos por células vizinhas dependentes de hormonas. Esta hipótese confirma-se na observação clínica da resposta favorável ao tratamento endócrino de pacientes com tumores recetores de estrogénio negativo. O crescimento de células tumorais depende diretamente de hormonas, sobretudo estrogénios. A hormonoterapia tem ocupado, desta forma, um lugar de destaque na abordagem do cancro da mama avançado, quer feita por intermédio de terapias adicionais (estrogénios, progestagénios, androgénios e corticoesteróides) ou ablação hormonal (ooforectomia, adrenalectomia e outros). O objetivo da hormonoterapia visa, assim, diminuir os níveis de estrogénio plasmático de forma a bloquear os efeitos estrogénicos nos tecidos alvos (Amorin, 2007, Schwartzman, et al., 1991). Alguns trabalhos recentes demonstram que linhagens celulares humanas de cancro da mama secretam fatores de crescimento, que em casos de tumores hormonossensíveis são controlados pelo estrogénio, através de recetores específicos. Assim, os fatores de crescimento podem estimular a síntese de ADN de células tumorais por meio de dois mecanismos: agentes *autócrinos*, quando estes estimulam as próprias células de onde são secretados, ou agentes *parácrinos*, quando estes estimulam as células vizinhas. Desta forma, a destruição de células estrogénio-dependentes do tumor (mesmo que sejam reduzidas), poderia afetar o crescimento de células estrogénio-independentes de tumores com recetores de estrogénio negativos. Esta explicação teórica parece válida para justificar o êxito da hormonoterapia no cancro da mama, e mesmo nos casos de tumores hormonoindependentes (Schwartzman, et al., 1991).

O sofrimento faz parte da vivência pessoal dos doentes oncológicos, principalmente àqueles que se encontram em cuidados paliativos (WHO, 2008; *National Consensus Project*, 2008; Barbosa & Neto, 2006; Marques & Neto, 2003; Doyle & All, 2000). Os cuidados paliativos visam “através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso nos problemas não só físicos, como a dor, mas também nos psicossociais e espirituais.” (Fauci, et al., 2008; Deters, 2003). Em oncologia, estes cuidados têm incidido sobre o alívio das dores e do sofrimento sentidos pelo paciente, embora seja indicado que também haja esta atenção noutros ciclos processuais da doença oncológica (Mendes, Silva & Santos, 2012; Bayés, 2010; Garner, Junior & Rolim, 2010; Jairo, Vélez & Krikorian, 2008). Quando o diagnóstico é muito avançado, alguns pacientes optam por não continuar os tratamentos propostos. Nestas situações, entra a opção dos tratamentos paliativos, que objetivam controlar o sofrimento, em vez de tratar a doença. Um exemplo disso são os medicamentos analgésicos (*National Comprehensive Cancer Network (NCCN)*, 2011).

A Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos (SECPAL) (2005) postulou cinco critérios para identificar este tipo de paciente: 1) presença de uma doença progressiva e avançada; 2) falta de possibilidades de respostas positivas ao tratamento; 3) presença de numerosos problemas e sintomas intensos; 4) grande impacto emocional no paciente, na família e na equipa terapêutica, pela possibilidade real de morte do paciente e 5) prognóstico de vida inferior a 6 meses.

Em Portugal, os cuidados paliativos merecem maior atenção; são considerados, muitas vezes, um luxo para poucos. As pessoas com doenças crónicas, progressivas, agonizantes e terminais acabam mesmo por morrer desamparadas em hospitais, porque, de facto, ainda não há respostas apropriadas para lhes dar QV nos seus últimos momentos (Watson, 2008).

1.2. Cancro da mama

1.2.1. Definição do cancro da mama

O cancro da mama é a doença oncológica mais frequente na mulher em todo o mundo (ACS, 2014; POP, 2012; NCCN, 2011; Ferlay, Shin, Bray, Forman, Mathers & Parkin, 2010), constituindo mesmo um dos maiores problemas de saúde pública mundial, sendo ainda maior a taxa de incidência nos países industrializados (Schottenfeld & Fraumeni-jr, 2006; Crane, 2000). Recentemente, em 2012, este foi o tipo de cancro mais comum nas mulheres em Portugal. Estima-se que neste mesmo ano tenham surgido 6.088 novos casos e que 1.570 mulheres tenham morrido da doença. Por estes dados, torna-se fundamental promover a adaptação psicossocial destas mulheres ao cancro da mama, de forma a contribuir para a melhoria da sua QV (Brandão & Matos, 2015; Holland, 1980). Neste Sentido, é importante identificar as mulheres com necessidades específicas de reabilitação física, psicológica, social, sexual, entre outras necessidades (Instituto Português de Oncologia do Porto (IPOP), 2002; Cruzado & Olivares, 1999); componentes que ao ser atingidas influenciam de modo negativo em todo o processo de doença (McKenna, Zevon, Corn, & Round, 1999; Patrão & Leal, 2004; Grassi, Travado, Moncayo, Sabato & Rossi, 2004; Bloom, Stewart, Johnston, Bank, & Fobair, 2001; Kornblith, Herndon, Zuckerman, Viscoli, Horwitz, Cooper, Harris, et al., 2001; Andrykowski, Cordova, McGrath, Sloan, & Kenady, 2000).

As células cancerígenas, no cancro da mama, formam uma espécie de massa tumoral (nódulos) que se inicia, geralmente, no tecido glandular mamário (o restante da mama é composto por tecidos linfáticos). Quase sempre é a própria mulher a detetar alterações na mama, por autoexame ou de forma accidental, embora somente os exames médicos possam confirmar ou infirmar este diagnóstico (ACS, 2014; POP, 2012). Os sintomas mais frequentes do cancro da mama são nódulos (ou endurecimento na mama ou na axila), inchaços, irritação da pele, dor mamária e nos mamilos, retração ou inchaço da mama, axila ou braço, vermelhidão, descamação ou espessamento da pele da mama ou mamilo e secreção contínua de fluido por um dos mamilos (ACS, 2014, IARC, 2014; POP, 2012). O cancro da mama pode

ter uma recidiva local e/ou regional considerada, denominada cancro secundário. Geralmente, reaparece nos gânglios linfáticos debaixo do braço ou próximo à clavícula, podendo ainda surgir posteriormente na outra mama. Este cancro também pode ser denominado cancro secundário metastático no caso de invasão a outros órgãos. Em relação ao cancro da mama, os órgãos onde se registam mais frequentemente metástases são o fígado, os pulmões, os ossos e o cérebro (Ogden, 2004).

1.2.2. Incidência do cancro da mama

Em 2008, o cancro da mama foi responsável por 458.000 mortes à escala mundial. Desde as décadas de 1960/1970, houve um aumento na incidência desta patologia na ordem de 10 vezes em vários continentes (OMS, 2012). A menor incidência da doença deteta-se em África e na Ásia, ao passo que a maior, na Europa Ocidental e do Norte (Rebelo, Vicente, Gomes & Moisão, 2008; Patrão & Leal, 2004; Otto, 2000). Em Portugal, anualmente, são detetados 5.000 novos casos e ocorrem cerca de 1.500 óbitos pela doença, sendo a patologia maligna de maior incidência (Laço, 2014; DGS, 2014). Somente na Europa, o cancro da mama foi o mais frequente nas mulheres, em 2012, tendo sido estimados cerca de 464.000 casos (Ferlay, Steliarova-Foucher, Lortet-Tieulent, Rosso, Coebergh, Comber & Bray, 2013).

Nos Estados Unidos, todos os anos, a *American Cancer Society*(ACS), determina o número de novos casos de cancro da mama e mortes que ocorrerão, em 2015 foram estimados cerca de 231.840 novos casos e cerca de 40.730 mortes (ACS, 2015).

Conforme a *World Health Organization* (WHO) e a *International Agency for Research on Cancer* (IARC, 2014), no ano de 2011, em Portugal, morreram 1.630 mulheres por cancro da mama. A maior taxa de mortalidade revelou-se na faixa etária entre 70-85 anos (587 casos), seguidas pelas faixas etárias com menos de 44 anos. Em Espanha, no mesmo ano, morreram 6.314 mulheres, revelando uma taxa de mortalidade similar a Portugal e aos Estados Unidos. A DGS (2013) revelou que entre 2007 e 2010, o cancro da mama já ocupava, em Portugal, a quarta posição de causa de morte por cancro, ficando atrás, apenas, e respetivamente, dos cancros do pulmão, cólon e estômago. As taxas de mortalidade em Portugal também variam conforme a região geográfica. A região Norte regista a menor taxa de mortalidade por cancro da mama (15,8%), enquanto a região do Algarve, a maior (24,7%), e as regiões de Lisboa e Vale do Tejo (21,6%), a segunda maior.

Ainda de acordo com as estatísticas, o aumento da idade é sem dúvida um dos fatores de risco mais prementes no cancro da mama (Ricks, 2005; Crane, 2000). As estimativas apontam para que aos 40 anos a probabilidade seja de 1 caso em 217, aos 50, 1 caso em 50, aos 60, 1 caso em 24, e aos 80, 1 caso em 8 (POP, 2015). É relativamente difícil o cancro da mama surgir antes dos 35 anos de idade, tanto nos países desenvolvidos como nos países em vias de desenvolvimento (INCA, 2005; Silva, 2008). As faixas etárias onde se registam um maior número de casos novos estão entre as idades dos 45-49 (213 casos), 55-59 (207), 50-54 (195) e

40-44 (182), respetivamente. Do nascimento aos 24 anos de idade foram verificados apenas 16 casos no país, e na faixa etária superior a 85 anos, 57 novos casos (IPOP, 2008).

Nos últimos anos, mais especificamente na última década, a sobrevida de 5 anos aumentou, tanto em pacientes com cancro da mama como nos restantes cancros. No caso do cancro da mama, isto deve-se, em grande parte, ao diagnóstico precoce e à utilização da quimioterapia adjuvante (Silva, 2011; Eifel, Axelson, Costa, et al., 2001). Em Portugal, essa taxa de sobrevida, no ano de 2006, era de 83,8% (ligeiramente acima da média europeia, 82,2%) (Brenner, Francisci & Angelis, et al. 2009). A maioria das sobreviventes pertence à faixa etária dos 45-54 anos de idade, e a sobrevivência é menor nas pacientes com mais de 75 anos (Reyna & Lee, 2014). A detecção precoce continua a ser a maior fonte de proteção no controlo do cancro da mama (Otto, 2000).

1.2.3. Diagnóstico do cancro da mama

O diagnóstico do cancro da mama pode ser feito através de seis exames fundamentais: o exame clínico, a mamografia, a ecografia, a aspiração com agulha fina, biópsia com agulha grossa e biópsia cirúrgica. O exame clínico baseia-se na observação e palpação da mama por um profissional de saúde. A mamografia consiste no exame de deteção do cancro da mama em fase inicial, tratando-se de uma técnica imagética que comprime a mama entre duas placas, permitindo identificar um tumor com menos de 1cm, impossível de ser detetado pelo exame clínico inicial e autoexame da mama (Grilo & Santos, 2013). A ecografia consiste na imagiologia da mama através da utilização de ondas sonoras de alta frequência, sendo capaz de detetar a constituição do tumor nos estados sólido ou líquido, detetando igualmente quistos benignos da mama. A aspiração com agulha fina tem como objetivo esclarecer a composição do nódulo, retirando parte do material deste para posterior análise microscópica. A biópsia com agulha grossa consiste na remoção de um pequeno tecido do tumor para análise laboratorial, com a finalidade de verificar se existem, ou não, células malignas no tumor. Por fim, a biópsia cirúrgica consiste na extração de parte ou totalidade da área suspeita (nódulo) para análise (Pennery, Speechley e Rosenfield, 2010; Ogden, 2004; Crane, 2000).

1.2.4. Tipos de cancro da mama

Existem seis tipos de cancro da mama agrupados em duas categorias: carcinomas *in situ* (ductal ou lobular) e carcinomas invasivos (ductal, lobular, inflamatório e Doença de Paget) (Ogden, 2004; Spence & Johnston, 2003), que serão explicados de seguida. O carcinoma ductal *in situ* é o mais comum de todos os tipos de cancro da mama não invasivos detetado nos rastreios (estando confinado ainda aos tecidos do ducto onde se gerou). O carcinoma lobular *in situ* é um tipo de cancro da mama não invasivo confinado aos lóbulos; por isso, a literatura nem sempre o reconhece como um verdadeiro cancro, embora se recomende vigilância regular (ACS, 2014; Amorin, 2007; Ogden, 2004). O carcinoma ductal invasivo, por sua vez, é um tipo de cancro que se inicia nos lóbulos, podendo migrar para outras partes do

corpo (metástases) (ACS, 2014; Ogden, 2004; Menke & Carvalheiro, 2000). Quanto ao cancro da mama inflamatório, este é um tipo de cancro raro e avançado que representa 1% a 3% de todos os cancros da mama. Apresenta-se sob a forma de alterações na pele da mama (avermelhada, grossa e enrugada), resultado do bloqueio que as células cancerígenas exercem nos canais linfáticos (ACS, 2014; Ogden, 2004). Os sarcomas são cancros raros com origem nos tecidos conjuntivos (muscular, adiposo ou nos vasos sanguíneos) (ACS, 2014; Ogden, 2004). Por fim, a doença de Paget é um tipo de cancro invasivo e raro que se desenvolve nos ductos lácteos do mamilo. Existem duas formas da doença, uma associada ao cancro invasivo da mama e a outra ao comprometimento do mamilo (Ogden, 2004).

Entre todos os tipos de cancro referidos acima, o carcinoma ductal invasivo é o mais recorrente dos tumores malignos da mama (75% dos casos, em comparação com o lobular invasivo) (Farias, Souza & Aarestrup, 2005). A literatura refere ainda a existência de outros tipos de cancro da mama (menos recorrentes): carcinoma metaplásico (associado a mutações BRCA1 e BRCA2) e carcinoma inflamatório da mama (mesmo não sendo um subtipo histológico, é um cancro agressivo que corresponde a cerca de 1% a 3% de todos os cancros da mama). Outros tipos, ainda mais raros de cancro da mama, são o carcinoma medular, o carcinoma mucinoso, o carcinoma tubular (pouco agressivo) e o tumor filóide maligno, entre outros (Nunes, 2008, Spence & Johnston, 2001). O cancro pode ainda ser denominado de primário, quando se refere ao primeiro contacto com a doença, ou secundário, quando o tumor migrou do seu local original para outras partes do corpo (metástases) (ACS, 2014; Ogden, 2004).

1.2.5. Estádios do cancro da mama

Em conformidade com outros tumores malignos, depois de detetado pelos meios diagnósticos tradicionais, o cancro de mama é classificado pelo Sistema TMN. Este sistema possibilita avaliar a extensão anatómica do tumor em três importantes componentes: T, a extensão do tumor primário que pode variar entre T0, quando não há evidência de um tumor primário; T1, T2, e T3, quando o tumor varia de tamanho entre 0,1 cm e 5 cm; e T4 para classificar um tumor de qualquer tamanho com extensão até à parede torácica ou pele; a sigla N mede a ausência ou presença de metástases (e respetiva extensão) nos linfonodos regionais, podendo variar entre N0 (ausência de metástases em linfonodos regionais), N1 (metástases de linfonodo/s axilar/es, homolateral/is, móvel/eis), N2 (metástases em linfonodo/s axila/es, homolateral/ais, fixo/s) e N3 (metástases em linfonodo/s intraclavicular/es homolateral/ais). Por fim, a sigla M representa a ausência ou presença de metástases à distância, podendo variar entre M0 (ausência de metástases à distância) e M1 (presença de metástases à distância) (NCCN, 2011; Pennerly, et al., 2010; Bower & Waxman, 2006; Ogden, 2004; Crane, 2000). Esta classificação permite avaliar a extensão do tumor, em estágio, para delineamento da terapêutica e prognóstico mais adequados (ACS, 2014; NCCN, 2011; Crane, 2000).

Existem seis estádios correspondentes à evolução do cancro da mama: o Estádio 0 em que não existe tumor primário nem sinais de propagação da doença nos nódulos linfáticos ou tecidos adjacentes; o Estádio I, quando o tumor apresenta uma forma inferior a 2cm, embora não se tenha espalhado nos nódulos linfáticos nem noutros tecidos; o Estádio II A, em que o tumor mede de 0 a 2 cm ou de 2 a 5 cm, tendo-se espalhado pelos nódulos linfáticos; o Estádio III A quando o tumor mede menos de 5cm e estão presentes nódulos móveis ou fixos; o Estádio III B, em que o tumor pode apresentar qualquer tamanho, tendo já invadido a parede do tórax ou da pele (podendo ainda espalhar-se aos nódulos linfáticos); por fim, o Estádio IV, em que o tumor é de qualquer tamanho e já se espalhou para outros tecidos do corpo (metástases) (ACS, 2014; NCCN, 2011; Ogden, 2004; Crane, 2000).

É ainda importante salientar alguns aspetos relativos ao estadiamento do cancro da mama que a literatura tem vindo a destacar, nomeadamente: se houver dois ou mais tumores primários, o maior deve ser classificado como T; a Doença de Paget associada ao tumor é classificada de acordo com o tamanho deste; a retração do mamilo ou de outra estrutura não muda o estadiamento da doença; a parede torácica inclui as costelas e os músculos intercostais e serrátil anterior, mas não o peitoral; a fáscia peitoral não faz parte do T, porque não o influencia; o carcinoma inflamatório é considerado T4; os linfonodos supraclaviculares, antes considerados regionais, são agora classificados como à distância; para que o estadiamento patológico tenha valor, é necessário retirar o tumor primário com margens não comprometidas e, no mínimo, permitir a ressecção da cadeia mais baixa de linfonodos axilares (anteriormente, era necessário uma mastectomia radical modificada); o T3, N0, M0 é agora classificado como estágio IIB, e não como IIIA, pois estudos demonstraram que a sua sobrevida é muito semelhante ao IIB (Schwartzman, et al., 1991); os cancros da mama em estádios I ou II têm prognóstico bastante favorável para cura (é muito importante conhecer a existência ou ausência de metástases nos nódulos linfáticos axilares) (Eberlein, 1995). Por fim, quanto mais avançado o estágio da doença pior o prognóstico (ACS, 2014; NCCN, 2011; Ogden, 2004; Crane, 2000).

1.2.6.Tratamentos do cancro da mama

O tratamento do cancro da mama é multidisciplinar, incluindo assim a cirurgia, a radioterapia, a quimioterapia, a terapia hormonal e a imunoterapia (ogden, 2004; Benda, et al., 2003; Vicini, Sharpe, Kestin, Martinez, Mitchell, Wallace, Matter & Wong, 2003). Após a classificação do carcinoma, é habitual que a equipa médica elabore um protocolo com algumas propostas de tratamentos, de modo a que a paciente possa escolher aquele que pretende seguir (Mohan & Ponnusankar, 2013; Pennery, et al., 2010; Ogden, 2004). Os tratamentos podem ser de natureza local ou sistémica. Por um lado, a cirurgia e a radioterapia são os tratamentos locais usados para combater, destruir e controlar as células cancerosas de uma determinada área. Os tratamentos sistémicos, por sua vez, são utilizados para destruir e controlar todas as células cancerosas. São exemplos dos tratamentos

sistémicos a quimioterapia, a hormonoterapia e a imunoterapia (Ogden, 2004; Vicini, et al., 2003).

Seguidamente, será explicado mais detalhadamente cada um dos tratamentos mais utilizados no cancro da mama, acima mencionados.

A radioterapia consiste na utilização de radiação de alta potência para travar o crescimento do tumor, protegendo as áreas subjacentes (Flach, 2002) e preservando significativamente a QV do doente oncológico (Ogden, 2004). A radioterapia pode ser neoadjuvante ou adjuvante: a radioterapia neoadjuvante antecede habitualmente a cirurgia, de modo a reduzir o tamanho ou extensão do tumor; a radioterapia adjuvante, por sua vez, é realizada após a cirurgia para destruir todas as células cancerígenas microscópicas que possam ter resistido (Flach, 2002; Monsanto, Lança, Sá, Coelho & Carolino, 2013; Vicini, Sharpe, Kestin, Martinez, Mitchell, Wallace, Matter & Wong, 2003). Por norma, o tratamento é feito diariamente, durante quatro a cinco dias ao longo de seis semanas (Bower & Waxman, 2006; Ogden, 2004).

A quimioterapia baseia-se no recurso a medicamentos/fármacos para tratar o tumor. Ao contrário dos tratamentos supramencionados, a cirurgia e a radioterapia, a quimioterapia circula na corrente sanguínea com o objetivo de destruir as células cancerígenas que se encontram espalhadas por todo o organismo (Karen, et al., 2009; Bower & Waxman, 2006; Flach, 2002), podendo ainda ter efeitos em células não afetada pela doença. A quimioterapia, normalmente é realizada em ciclos de vinte e um ou vinte e oito dias, de três em três semanas, durante períodos de tempo entre os três e os seis meses ou um ano. Quando se trata de um ciclo de vinte e um dias, os fármacos são administrados uma vez a cada três semanas. No caso de ser um ciclo de vinte e oito dias, são dados no primeiro e no oitavo dia, não havendo tratamento por duas semanas. As sessões de quimioterapia variam entre dez minutos a quatro horas, dependendo da forma e da quantidade administrada - podendo ser ministrados comprimidos, gotas intravenosas, injeções ou combinação de ambos (Pennery, et al., 2010; Bower & Waxman, 2006; Ogden, 2004). A quimioterapia é o tipo de tratamento oncológico que revela efeitos secundários mais significativos (Pennery, et al., 2010; Ogden, 2004), sendo os principais: náuseas, vômitos, alopecia, toxicidade renal, toxicidade pulmonar, lesão do esófago, má nutrição, entre outros. De acordo com os mesmos autores, estes efeitos secundários significativos levam, muitas vezes, a que as doentes se recusem a continuar os ciclos de quimioterapia, comprometendo, deste modo, a sua eficácia (Ballatori & Roila, 2003).

A hormonoterapia é adequada para tumores cujo crescimento depende das hormonas (ex.: alguns tipos de cancro da mama). Se as células cancerosas, após análise, revelarem que, para o seu crescimento e desenvolvimento, dependem de hormonas femininas (ex.: estrogénio ou progesterona), isto significa que, após a cirurgia e depois da radioterapia, estas células não afetadas, poderão continuar a crescer. Este tipo de tratamento pode ser administrado antes

ou depois da cirurgia; no entanto, é frequentemente aplicado após a remoção do tumor (Pennery, et al., 2010; Bower & Waxman, 2006; Ogden, 2004).

A imunoterapia consiste na administração de fármacos para elevar a capacidade do sistema imunológico de combater as células cancerosas de forma seletiva (Kaliks, 2016; Flach, 2002). O tratamento usa direta ou indiretamente o próprio sistema imunitário para combater o tumor e/ou minimizar os efeitos secundários advindos dos tratamentos do cancro da mama (Kaliks, 2016; Ogden, 2004).

A cirurgia no cancro da mama é essencial para definir o tamanho do tumor primário, avaliar a invasão da parede torácica e o comprometimento de outras estruturas locais, assim como para avaliar a presença de linfonodos mamários internos contralaterais, supraclaviculares e/ou cervicais (considerados metástase à distância) (Schwartzman, et al., 1991). Este tipo de tratamento remete-se essencialmente ao tumor com extensão local ou locorregional. Existem dois tipos de cirurgias feitas neste tipo de cancro: a mastectomia parcial e a mastectomia radical (Moreira & Canavaro, 2012; Amorin, 2007). A mastectomia pode afetar determinantemente a auto-imagem da mulher que faz essa cirurgia. A sexualidade pode ser uma das componentes mais afetadas neste sentido, podendo variar dependendo de vários factores, tais como, a personalidade, a sexualidade anterior à mastectomia e o ambiente familiar, especialmente o relacionamento com o cônjuge, se este existir (Amorin, 2007; Rossi & Santos, 2003; Duarte & Andrade, 2003).

Até ao início da década de 1970, as mulheres que apresentassem alterações malignas na mama, passavam, se tratadas, invariavelmente, por uma biópsia seguida de uma mastectomia radical, num único procedimento. Esta prática foi instituída pelo cirurgião William Halsted, em 1984, que justificou a prática como a única maneira de travar a doença pela raiz, evitando recidivas (Amorin, 2007; Benda, et al., 2003). Objetivamente, a mastectomia radical, ou método *Halsted* (como ficou conhecido), suprime o mamilo e a auréola, removendo a mama (em monoblocos), os dois músculos peitorais e o conteúdo axilar; e dependendo do estágio da doença (I ou II), geralmente, realiza-se uma dissecação axilar total (procedimento arriscadíssimo no estágio III da doença) (Bruges, 2006). Além dos elevados riscos, a dissecação axilar total não previne recidivas, e aumenta ainda o risco de linfonodos. Atualmente, a mastectomia radical é uma prática utilizada somente em casos remotos (ex.: tumores volumosos), por ser invasiva, mutilante e representar sérios riscos de complicações cirúrgicas e de efeitos secundários, tais como restrições à movimentação e força muscular referentes ao membro superior homolateral ao procedimento cirúrgico e linfedema (OMS, 2012; NCCN, 2011; Pennery, et al., 2010; ACS, 2009; Ogden, 2004; Crane, 2000; Eberlein, 1995). Estas complicações foram dando espaço aos tratamentos cirúrgicos de conservação da mama (menos mutilantes), que procuravam o mesmo resultado das cirurgias radicais, sem desperdiçar tecidos saudáveis circundantes. O tratamento conservador, neste caso, consiste na remoção da mama e do conteúdo axilar em monobloco, preservando o grande peitoral

(Amorin, 2007; Schwartzman, et al., 1991). Existem vários tipos de cirurgias conservadoras, sendo as tumorectomias e as quadrantectomias as mais comuns. A tumorectomia (mastectomia modificada), apesar de recente (ACS, 2005), é o tratamento atual mais utilizado nos cânceros da mama em estádios iniciais (I ou II). A taxa de sobrevivência das mulheres nessas cirurgias é equivalente à das mastectomizadas radicais, com a vantagem de manter a mama (Tiezzi, 2007; ACS, 2005). Esta cirurgia tem grande influência da “escola radioterápica” dado que alia a radioterapia à cirurgia (Amorin, 2007; Schwartzman, et al., 1991). Para Pusic, Thompson, Kerrigan, Sargeant, Slezak, Chang, Kelzlsouer & Manson (1999), a tumorectomia associada a radioterapia é tão efetiva quanto a mastectomia radical modificada. A quadrantectomia, por outro lado, é também uma forma de cirurgia conservadora da mama, consistindo num procedimento de remoção do quadrante da mama onde está localizado o carcinoma primário (Tiezzi, 2007; Veronesi, Luini, Mariani, Del Vecchio, Alvez, Andreoli, Giacobone, et al., 1994).

A quimioterapia, também conhecida como terapia adjuvante, é utilizada no combate às células cancerígenas que podem persistir depois da cirurgia, próximas ao local do tumor; ou ainda espalhar-se pela corrente sanguínea para outras partes do corpo. Por vezes, a quimioterapia é realizada como tratamento neoadjuvante para facilitar a remoção cirúrgica do tumor. A quimioterapia tem uma componente citotóxica que é maligna para as células; embora o objetivo seja destruir as células cancerígenas, é inevitável que afete igualmente as células saudáveis, razão pela qual desencadeia múltiplos efeitos adversos como queda de cabelo, inflamação na boca, náuseas e vômitos, diarreia, alteração no ciclo menstrual, cansaço e fadiga, perda de apetite, risco de infeção (devido à diminuição dos glóbulos brancos) e facilidade em fazer hematomas ou hemorragias (explicada pela descida das plaquetas no sangue). Estes efeitos desaparecem no fim do tratamento (ACS, 2014; IARC, 2014). Por outro lado, a radioterapia utiliza raios de alta frequência para destruir células tumorais; é necessária para eliminar as células tumorais que podem ter escapado à cirurgia e ficado ao nível da mama, da parede torácica ou dos gânglios axilares. A radioterapia pode ser administrada de duas formas: radioterapia externa e braquiterapia. Na radioterapia externa, a radiação tem origem numa máquina colocada exteriormente ao corpo. É o tipo de radiação mais utilizado após a cirurgia de tumorectomia. Irradia-se sobre toda a mama, mas o local de onde se retirou o tumor recebe uma radiação maior de raios (*boost*). O tratamento por essa via costuma ocorrer 5 dias por semana ao longo de 6-7 semanas. Na braquiterapia, também chamada de radiação intersticial, colocam-se arames finos, ou esferas, perto, ou no local de onde foi retirado o tumor; por vezes, é aplicada antes da radioterapia externa, como fonte de dose extra nas mulheres que se submeteram a tumorectomia (NCCN, 2011). Os efeitos secundários da radioterapia concentram-se no local irradiado, sendo os mais comuns: inchaço, cansaço, peso no peito, queimaduras locais e alterações da pele na área tratada. Estas alterações tendem a desaparecer entre 6 a 12 meses. É importante referir que a radiação dos gânglios linfáticos axilares pode provocar um inchaço no braço denominado

linfedema (ACS, 2014). O linfedema é definido como um acúmulo excessivo e persistente do fluido extra de proteínas vasculares e celulares nos tecidos, devido à insuficiência do sistema linfático, tratando-se de uma das principais intercorrências na cirurgia. Os sinais associados são o aumento do diâmetro do membro, tensionamento da pele com risco de rotura e infecção, rigidez e diminuição da amplitude de movimento das articulações do membro em causa, distúrbio funcional da mão e uso reduzido do membro para tarefas do quotidiano (Kisner & Colby, 2005).

A paciente submetida a uma cirurgia da mama tem o direito de optar por uma reconstrução mamária. Esta cirurgia pode devolver o aspeto natural da mama, de modo a que também a mulher possa restabelecer a sua imagem corporal anterior. Cada caso é analisado individualmente. Na reconstrução imediata (contemporânea), introduz-se a prótese de silicone subpeitoral, reimplantando o complexo aréolo-papilar (sempre que possível). Na reconstrução tardia, utiliza-se o expansor de pele, seguido da inclusão da prótese de silicone subpeitoral. Quase todas as técnicas requerem, no mínimo, dois tempos cirúrgicos, pois apresentam a possibilidade de complicações e, eventualmente, não correspondência entre o resultado estético e a expectativa da paciente (POP, 2012; Moyer & Salovey, 1996; Schwartsman, et al., 1991).

1.2.7.Fatores de risco no cancro da mama

Tudo indica que o cancro da mama tem uma origem multifatorial: genética, metabólica e/ou ambiental. Um indivíduo que tenha suscetibilidade genética (como ter um ou mais genes recessivos anormais) e, em concomitância a isso, uma dieta pouco saudável (fator ambiental), reúne condições acrescidas para desenvolver cancro. Dessa forma, o cancro pode ser o resultado da exposição a outros fatores que não propriamente, ou somente, fatores genéticos (oncogénicos) (Wrensch, 2003). Parte da literatura tem especulado sobre a possibilidade de haver no próprio organismo mecanismos “antioncogénicos” de combate às células malignas; contudo, se isso for verdade, o desenvolvimento do cancro (invasor e metastático), escapa possivelmente a alguns passos deste controlo inato (Willett, 1989).

Para a ACS (2014) e a NCCN (2011) os fatores de risco associados ao desenvolvimento do cancro da mama agrupam-se em duas categorias: os inevitáveis e os evitáveis. Por um lado, os fatores inevitáveis: ser mulher (género); ter mais de 55 anos de idade aumenta o risco de desenvolver cancro invasivo na proporção de 2 para 3 (idade); mutações genéticas, histórico familiar da doença e densidade do tecido da mama (fatores genéticos); também é mais frequente em mulheres brancas do que em mulheres negras (raça); períodos menstruais antes dos 12 anos e/ou menopausa depois dos 55 anos; história de doença benigna da mama; tratamentos radiológicos na mama no período da adolescência (quanto mais cedo maior o risco, que vai diminuindo a partir dos 40 anos); e, por fim, história de carcinoma lobular *in situ* (7 em cada 11). Por outro lado, existem os fatores de risco que, de certa forma, podem

ser evitados: não ter filhos antes dos 30 anos, usar pílulas contraceptivas (estudos mostraram um risco levemente maior comparativamente com as que nunca usaram), ter feito terapia hormonal de substituição combinada (estrogénios e progesterona) (tanto aumenta o risco de desenvolver a doença como morrer dela), não amamentar, consumir álcool, ser obesa e não praticar exercício físico (NCCN, 2011).

Especificamente, os fatores de risco para o cancro da mama mais citados na literatura estão relacionados com fatores hormonais (exposição prolongada ao estrogénio por: menarca precoce, gravidez tardia, nuliparidade, menopausa tardia, excesso de peso depois da menopausa; uso de contraceptivos orais, terapêutica hormonal de substituição); estilo de vida (dieta rica em gordura, obesidade, consumo de álcool e de tabaco); idade (incidência de cancro da mama aumenta com a idade); presença de doença benigna da mama e com a história prévia de cancro da mama; influências da radiação; suscetibilidade genética (alterações nos cromossomas 13 e 17 (alteração do gene supressor tumoral p53, localizado no braço do cromossoma 17), concretamente dos genes BRCA 1 e BRCA 2); fatores psicossociais - por exemplo: um nível elevado de *stress* pode manifestar-se através dos sistemas imunológico e hormonal e ativar a reprodução de células malignas. São tantos os fatores de risco para esta doença que não tem sido fácil determinar o papel de cada um deles no aparecimento do cancro da mama (Tyczynski, Bray & Parkin, 2002; Hilakivi-Clarke, Rowland, Clarke, & Lippman, 1993).

A associação entre a idade e os fatores reprodutivos e hormonais influencia muito na incidência do cancro da mama. No entanto, a compreensão do seu papel na etiologia do cancro da mama ainda não está esclarecida. As mulheres cuja menopausa ocorre antes dos 45 anos têm risco menor de desenvolverem cancro da mama, comparativamente com as mulheres em que a menopausa ocorre depois dos 55 anos (Fernandes, 2009).

Relativamente a dieta, por algum tempo os especialistas desconfiaram que a cafeína poderia constituir um fator de risco para o cancro da mama, porém, as evidências decartam esta associação, sugerindo mesmo que o consumo regular de café não afeta o risco de cancro da mama (Fernandes, 2009).

1.2.8.Prevenção do cancro da mama

Os avanços tecnológicos e científicos na área da medicina têm efetivamente permitido a deteção precoce do cancro da mama. Neste seguimento, os tratamentos e os investimentos em campanhas de prevenção da doença têm conduzido a uma diminuição significativa da mortalidade (Costa, 2015; ACS, 2014; IARC, 2014; Sabatino, et al., 2008; Sabatino, Habarta, Baron, Coates, Rimer, Kerner, Coughlin, Kalra & Chattopadhyay, 2008). A ACS (2014) difundindo a necessidade de deteção precoce do cancro da mama, aconselhando as mulheres a desenvolverem a seguinte metodologia: autoexame mensal a partir dos 20 anos; exame clínico da mama a cada 3 anos em mulheres dos 20 aos 40 anos, e anualmente a partir dos 40;

mamografia a partir dos 40 anos a cada um ou dois anos até aos 49. Daí em diante deve ser realizado anualmente.

1.3. Cancro ginecológico

1.3.1. Carcinomas do útero

O cancro ginecológico, também conhecido como cervical, à seguir ao cancro mamário, é a segunda neoplasia mais comum do sistema reprodutivo feminino (Rosa, Batista, Bardella & Carvalho, 2009). Quando tratado precocemente, associa-se a uma perturbação mínima na vida das mulheres que, em algum momento da vida, recebem este diagnóstico. Porém, a descoberta tardia pode levar a problemas acrescidos e, em alguns casos, irreversíveis, originando procedimentos terapêuticos mais complexos e invasivos, podendo mesmo conduzir a uma série de perturbações físicas e emocionais (Tsunoda, Andrade, Vieira & Reis, 2015). Este tipo de cancro atinge um ou vários órgãos reprodutivos de uma mulher, tais como: colo do útero, endométrio ou corpo do útero, ovário, vagina e vulva (Carvalho & Pereira, 2008).

1.3.2. Estadiamento do Cancro Ginecológico

O estadiamento do cancro é preconizado com o intuito de permitir uma comparação válida dos resultados entre os diversos centros de investigação, bem como no sentido de criar vários grupos de doentes, com prognósticos diferentes, que muitas vezes tem abordagem terapêutica diversificada. A FIGO (1971) foi a primeira organização a desenvolver a sua classificação e estadiamento para os cancros ginecológicos (Raposo & Oliveira, 2009).

Seguidamente serão descritas as informações mais relevantes em relação a cada um dos cancros ginecológicos citados acima.

1.3.3. Cancro do colo do útero

O cancro do colo do útero é um dos cancros mais evitáveis e o segundo mais incidente na mulher ao nível mundial (Meigs, 1951, cit. por Tsunoda, et al., 2015; DGS, 2008; Neto, 2008). O conceito de lesões precursoras de neoplasia maligna uterina já vem do final do século XIX, quando foram identificadas lesões epiteliais atípicas não invasivas em amostras teciduais adjacentes às neoplasias invasivas. Mas foi Cullen, em 1900, que melhor definiu o conceito de lesões precursoras, trazendo então o conceito de “precursor do cancro”, o qual tornou-se mais aceite nos meios científicos (William, 1988, cit. por Carvalho & Queiroz, 2010). O cancro ginecológico mais frequente é de facto o do colo do útero, denominado também de cervical. Este tipo de cancro inicia-se com transformações intraepiteliais de carácter progressivo, caso não seja detetado prematuramente (Berek, 2008; Linard, Silva & Silva, 2002). Os exames que detetam estas alterações são: inspeção visual com ácido acético (IVA), cervicografia e colposcopia, Papanicolau, histopatologia e métodos de biologia molecular que identificam a presença de ADN viral nos tecidos (Bezerra, Gonçalves, Franco & Pinheiro, 2005). Histologicamente são dois os tipos mais frequentes de cancro do colo do útero: o carcinoma

epidermóide, que por sua vez detém da maior parte de todos os casos (80 a 90%) (com variações de grandes células queratinizado, grandes células não-queratinizado e de pequenas células); e o adenocarcinoma. Os estudos têm indicado um aumento deste tipo histológico em mulheres entre os 20 e os 30 anos de idade; uma das hipóteses explicativas desta ocorrência é quando a lesão pré-maligna não é detetada eficazmente pelo exame citológico. Já o tipo anaplástico de pequenas células/neuroendócrinas é menos frequente e assemelha-se a pequenas células do pulmão; 30 a 50% destes casos apresentam aspetos neuroendócrinos. O comportamento deste tipo de cancro é extremamente agressivo, com frequência regular de disseminação metastática hidatogénica. As neoplasias invasivas do colo do útero são, geralmente, precedidas de doença pré-invasiva relativamente longa. Microscopicamente, vários destes eventos originam variados graus de displasia ou neoplasia intraepitelial cervical (NIC), antes da progressão do carcinoma invasivo propriamente dito. São descritas, igualmente, como lesões pré-neoplásicas que se originam no epitélio colunar cervical, comumente denominadas de lesões glandulares.

Ao longo do tempo, o Vírus do Papiloma Humano (HPV) foi sendo associado ao cancro cervical. Existem evidências credíveis na literatura de que as infeções por HPV, advindas principalmente dos tipos 16, 18, 31 e 45, são as grandes responsáveis pelo aparecimento de lesões intra-epiteliais escamosas graves do cancro cervical (Neto, 2008; Anhang, Goodman & Goldie, 2004; Muñoz, Bosch, Sanjosé, Herrero, Castellsague, Shah, Snijders & Meijer, 2003; Walboomers, Jacobs, Manos, Bosch, Kummer, Shah, et al., 1999). Estima-se que o número de mulheres portadoras do ADN do vírus HPV em todo o mundo chega a 291 milhões, e cerca de 105 milhões de mulheres no mundo inteiro terá infeção pelo HPV 16 ou 18 pelo menos uma vez na vida. Em 2006, surgiu um dos avanços mais significativos em oncologia ginecológica com a aprovação da primeira vacina para prevenir a infeção por HPV. A vacina Gardasil mostrou-se 100% efetiva a prevenir lesões pré-neoplásicas causadas pelos HPV 16 e 18 (responsáveis por aproximadamente 70% dos casos de cancro cervical). A vacina parece também efetiva na prevenção de lesões pré-neoplásicas vaginais e vulvares (Neto, 2008; Pereira, Utagawa, Pittoli, Aguiar, Maeda, Longatto, Adhemar, et al., 2003).

A vacina HPV, em Portugal, foi aprovada e introduzida no Programa Nacional de Vacinação a 20 de Março de 2008. A população-alvo deste programa foram as jovens de 13 anos de idade (em 2008). Adicionalmente, a vacinação englobou, nos anos de 2009, 2010 e 2011, as jovens que completaram 17 anos nestes anos (*Programa Nacional de Vacinação*, 2010; DGS, 2008).

A prevenção primária da infeção por HPV requer, em primeiro lugar, que a população seja educada em relação aos hábitos sexuais seguros, com informações a respeito do uso de preservativos e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, desencorajando a promiscuidade. Para detetar as alterações intra-epiteliais realiza-se exames específicos. No cancro do colo do útero, o exame citológico convencional apresenta erros na ordem de 20-

30% de falso-negativos em NIC III; e de 10 a 15% em neoplasias invasivas (Pereira, et al., 2003).

Em estádios iniciais, as neoplasias intraepiteliais podem ser detetadas através da técnica do exame Papanicolaou. Sem intervenção, essas neoplasias podem vir a estagnar, ou mesmo regredir espontaneamente. Entretanto, também podem progredir originando os carcinomas *in situ*. Neste estágio ainda é fácil alcançar a cura completa pela destruição e/ou remoção cirúrgica do tecido anómalo, pois as células alteradas ainda estão confinadas a níveis basais; cerca de 20% a 30% dos casos acabarão por recair em diagnóstico de carcinoma cervical invasivo, cujas células se desprenderam do epitélio, atravessando a lâmina basal e, posteriormente, invadindo e espalhando-se no tecido conetivo (Panzetti, 2015). Em resumo, os carcinomas cervicais são neoplasias malignas do colo do útero que se podem originar no epitélio de revestimento ectocervical (carcinoma espinocelular ou de células escamosas) ou nos casos de adenocarcinomas, nas células revestidas das glândulas da túnica mucosa do canal do colo do útero (Piato, 2002). Amostragens em que a junção epiteliocolar (JEC) não tenha sido encontrada devem ser repetidas. O uso da escova citológica melhora a amostragem de lesões endocervicais mais elevadas. Quanto às lesões explícitas, devem ser biopsadas; as alterações celulares inflamatórias e de necrose alteram os resultados da citologia. É também já uma realidade conhecida, que a citologia líquida tem maior sensibilidade do que a citologia convencional (Pereira, et al., 2003; Roberto, Ribalta, Focchi, & Baracat, 2001). O método citológico em base líquida apresenta maior vantagem em relação à convencional pelas seguintes razões: retém melhor disposição celular, reduz o número de hemácias e outras substâncias, bem como prepara lâminas adicionais sem ser necessário convocar a paciente uma segunda vez; e ainda utiliza materiais residuais para testes moleculares de identificação de HPV e outros microrganismos. Desta forma, deteta um maior número de lesões, além de menor índice de amostras inadequadas ou limitadas por alguma razão. A biópsia cervical em cone é utilizada para diagnósticos de lesões endocervicais inexplicitas em situações como: má visualização da JEC na colposcopia, extensão do epitélio com displasia de alto grau para o canal endocervical, resultado citológico sugestivo de displasia ou carcinoma *in situ*, espécime de curetagem mostrando neoplasia intraepitelial de alto grau (NIC I e II) ou achados citológicos com suspeita de adenocarcinoma *in situ* (NIC III) (Pereira, et al., 2003).

1.3.4. Cancro do endométrio

O cancro do endométrio é, atualmente, o tumor maligno ginecológico mais frequente nos países ocidentais, o que representa cerca de 6% dos cancros no feminino. As maiores taxas de incidência padronizadas por idade estão nos Estados Unidos e Canadá, 22,8/100.000 mulheres; e Austrália e Nova Zelândia, 12/100.000 mulheres. As taxas mais baixas se verificam na África e Ásia e variam de 2,5 a 7/100.000 mulheres, nos diferentes países (Boyle & Levin, 2008). Em Portugal, o cancro do endométrio apresenta uma incidência e mortalidade de 13,2 e 2,4 por cada 100.000 mulheres, respetivamente. O pico de incidência da doença

ocorre na 6ª e 7ª décadas de vida, correspondendo a cerca de 75% dos casos. Cerca de 90% dos carcinomas do endométrio manifestam-se através do aparecimento de hemorragia uterina anormal. Geralmente, esta hemorragia por via vaginal surge em estádios iniciais da evolução da doença, permitindo que a maioria dos casos seja diagnosticada precocemente. Por essa razão, o prognóstico global é significativamente melhor do que o dos outros cancros ginecológicos mais frequentes. Em mulheres idosas, com o canal cervical obliterado, o primeiro sintoma da doença pode ser um quadro de algias pélvicas, por vezes com cólicas abdominais intensas devido a contrações uterinas secundárias à existência de hematometra ou piometra (*ACOG practice bulletin*, 2005). O rastreio não é muito recomendado porque não está demonstrada a sua eficácia (Franco, Duarte Franco & Ferenckzi, 2001). Pode até mostrar-se útil em mulheres de risco acrescido, mas não há demonstração do seu impacto na mortalidade. A ecografia é o método menos invasivo e tem merecido maior aceitação na comunidade médica em casos suspeitos, como primeiro passo na avaliação do endométrio, se a mulher estiver assintomática. A avaliação da regularidade da linha endometrial tem sido salientada por alguns autores como elemento importante de avaliação, contudo a espessura do endométrio continua a ser o parâmetro mais tido em conta. O limite de 5 mm é o mais aceite, com um valor preditivo positivo de 87% para a deteção de patologia do endométrio, 96% de especificidade e 100% de sensibilidade (Miller, Lindsay & Hill, 1976).

1.3.5. Cancro do ovário

O cancro do ovário é uma neoplasia assintomática em estádios iniciais (Pinheiro, Tyczynski, Bray, Amado, Matos & Parkin, 2003), constituindo um dos cancros genitais mais letais que existe (Shoupe, Parker, Broder, Liu, Farquhar & Berek, 2007). O exame ginecológico é muito pouco sensível e pouco recomendado. Estima-se que a taxa de deteção é de um caso de cancro do ovário para cada 100.000 exames (Ferris, 2007). Os carcinomas das trompas de Falópio e os extra-ovarianos (peritoneais) são raros, mas com características biológicas e de apresentação muito semelhantes aos epiteliais ovarianos e, portanto, tratados da mesma forma. A nível mundial, em 2008, estimou-se a sua incidência em 6,3/100 000 novos casos por ano (Globocan, 2008). Em Portugal, segundo os dados do registo oncológico nacional do ano 2006, a taxa de incidência padronizada é de 0,2/100 000 casos por ano e a taxa de mortalidade é de 2,97/100 000 casos por ano. A faixa etária dos 65-69 anos tem a incidência anual mais elevada (21,5/100 000 casos) (*Registo Oncológico Nacional*, RORENO, 2007). Em Portugal são registados cerca de 700 novos casos por ano, dos quais 70% na pós-menopausa, em particular entre os 60 e 74 anos. A taxa de incidência estabilizou à volta dos 6,8/100.000, com mortalidade alta à volta dos 3,9/100.000 (Ferlay, Bray, Sankhita, Parkin, Globocan, 2002). É mais frequente nas mulheres brancas e que nunca passaram por um processo de gestação, dos países industrializados. É reconhecida a importância da história familiar do cancro do ovário e a presença de mutações nos genes BRCA1 e BRCA2 (Burchell, Winer, Sanjosé & Franco, 2006). Apresenta igualmente maior incidência em mulheres pós-menopáusicas, em torno dos 63 anos de idade (Rivoire, Appel, Mônego, Reis, et al., 2006).

De acordo com estudos norte-americanos, o risco de uma mulher desenvolver cancro do ovário durante toda a sua vida é de 1,5%. A etiologia deste cancro é pouco conhecida. O carácter hereditário está presente em 5 a 10% da totalidade dos casos. Cerca de dois terços dos diagnósticos são feitos em estádios avançados, quando o volume tumoral é suficientemente grande para causar desconforto (com ascite, geralmente). Os sintomas são imprecisos, como dor abdominal, flatulência, pressão pélvica, dispepsia, dor em membros inferiores e adema, podendo ser, equivocadamente, atribuídos a outras doenças. Nos tumores epiteliais, raramente há sangramento vaginal. A deteção de massa pélvica é indicação para ultrassonografia transvaginal. A laparoscopia poder ser indicada para diagnóstico e programação do tratamento (estadiamento). A ultrassonografia, especialmente a transvaginal com doppler (para auxiliar na distinção entre neoplasias benignas e malignas) é o exame recomendado. O Raio X do tórax é realizado para rastreamento de metástases. O estudo radiológico do sistema intestinal alto e baixo só em presença de algum sintoma relacionado com o sistema gastrointestinal. A citologia peritoneal não é realizada como rotina na ausência de ascite, em função do desconforto causado pelo líquido instilado na cavidade peritoneal. Os estudos sobre o rastreamento do cancro do ovário disponíveis têm baixo impacto pelos resultados contraditórios das investigações, sendo por isso pouco recomendados. Mas ainda assim, existe a recomendação de rastreamento para a população com história familiar (Rivoire, et al., 2006).

1.3.6.Cancro da vulva

Em 90% de todos os casos de cancro da vulva, o tipo histológico mais comum é o carcinoma epidermoide. Os demais são representados pelas neoplasias carcinoma de glândula de Bartholin, melanoma, carcinoma escamosoadenóide, hidroadenocarcinoma, doença de Paget, sarcomas e carcinomas metastáticos. O tratamento principal para o cancro da vulva é a cirurgia (Mantese, 2008). A radioterapia é indicada, apenas em alguns casos, com a finalidade de reduzir o volume de grandes tumores antes da cirurgia; ou em casos de comprometimento ganglionar inguinocrural, onde é usada como adjuvante. Antes da eleição do tratamento, é necessário estadiar o tumor, através dos critérios da FIGO (Raposo & Oliveira, 2009; Mantese, 2008). Verifica-se um aumento do número de casos em mulheres mais jovens, principalmente de lesões pré-invasivas, estimando-se assim que 5% dos tumores surgem em mulheres com menos de 40 anos (Parkin, et al., 2002).

O tipo histológico mais frequente é o carcinoma pavimentocelular, que corresponde a 90% dos casos. Os restantes 10% são tumores de diversos tipos histológicos: melanoma, sarcoma, adenocarcinoma, carcinoma basocelular, carcinoma verrucoso e outros tumores raros. Estão identificadas duas vias patogénicas, uma ligada ao vírus HPV (40% dos tumores vulvares) e a outra a um fator de risco bem menos conhecido, a dermatose inflamatória. Quando o cancro está associado ao HPV, surge em mulheres jovens, e associa-se frequentemente a neoplasia cervical intra-epitelial. Tabagismo, imunodepressão e antecedentes de doenças de transmissão sexual são os fatores de risco deste grupo de doentes. Também o facto das

mulheres optarem por práticas reprodutivas cada vez mais tardias, tem influenciado o aumento da incidência, nomeadamente, por amamentarem por um período mais curto e terem a primeira gravidez tardiamente (Vineis & Wild, 2014).

As doentes referem a existência de nódulo vulvar e prurido crónico. O prurido geralmente é de longa duração e relaciona-se com processos distróficos prévios. Em muitos casos, existem antecedentes de líquen escleroso frequentemente encontrado na periferia do tumor. Hemorragias e dor ocorrem nos processos mais avançados da doença (*Sociedade Portuguesa de Ginecologia*, 2012).

1.3.7.Cancro da vagina

O tipo mais comum deste tumor também é o carcinoma epidermóide. A raridade do cancro vaginal reflete-se em duas considerações universais: pode ser contíguo ou cérvice; é considerado cancro primário de cérvix e se for contíguo à vulva é considerado cancro primário da vulva (estádio III). As lesões metastáticas da vagina são, portanto, muito mais frequentes que o tumor primário. Além do estágio, o tamanho do tumor também influencia o planeamento terapêutico, bem como a sua localização, a presença ou não do útero e uso anterior de irradiação. O tratamento por estádios é abordado desta forma: neoplasias intra-epiteliais vaginais (NIVA): o uso do laser CO2 é o mais recente avanço no tratamento das neoplasias não invasoras, demonstrando excelentes resultados (apesar do número reduzido de casos). Na ausência de aparelho laser, pode-se optar pela criocauterização nas NIVA graus I e II. No grau III (NIVA), parece mais adequada a excisão com margem, em pequenas lesões localizadas, ou a colpectomia (parcial ou total) em lesões multicêntricas (Schwartzman, et al, 1991; Mantese, 2008).

1.3.8.Fatores de risco do cancro cervical

São vários os fatores de risco para o cancro ginecológico: anticoncepcional oral e alta paridade (provavelmente porque as alterações hormonais predispõem à manutenção da zona da transformação na ectocérvice, facilitando a exposição ao HPV e a outros fatores); carências nutricionais; condições infecciosas e reativas; hábitos sexuais; infeção pelo HPV; tabagismo; DST; comportamento sexual promíscuo (mulher e/ou parceiro); ou ainda, medo do exame preventivo (vergonha, ansiedade, ignorância e dificuldade de acesso aos serviços de saúde para realização de exame preventivo) (Bezerra, et al., 2005). O tabagismo em particular, além de aumentar o risco do cancro do colo do útero, também aumenta a incidência da menopausa precoce e tendência a diminuição da fertilidade (Mendonça, Camargo, Ferreira & Silva, 2004).

1.3.9.Tratamento cirúrgico no cancro ginecológico

O tratamento cirúrgico do cancro cervical em estádios iniciais, inclui, geralmente, a remoção do colo e do útero juntamente com a ressecção radical dos paramétricos e parte superior da vagina (com ou sem a linfadenectomia bilateral). Este processo cirúrgico é conhecido como histerectomia radical (Dursun, Ali & Esra, 2009; Rezende, 2002; Lemgruber e Lemgruber,

2001; Kusnetzoff, 1998; Segal, 1994), diferindo da histerectomia total, que, neste caso, retira somente o útero, não se prolongando às margens do mesmo. Desde que foi descrita pela primeira vez, há 100 anos, a histerectomia radical passou a ser feita de forma sistemática (Fujii, 2008). Em 1921, foi modificada por Okabayashi (Fujii, Takakura, Noriomi, Matsumura, Higuchi, Yura, Mandai, et al., 2007; Fujii, 2008) e, na década de 1950, por Meigs (Meigs, 1951, citado por Tsunoda, et al., 2015). Esta cirurgia apresenta taxas de sobrevivência em torno dos 75-90% aos 5 anos. Este procedimento cirúrgico sofreu poucas alterações no decorrer do tempo, e continua a ser a abordagem cirúrgica mais utilizada atualmente pelos oncologistas ginecológicos (Meigs, 1951, citado por Tsunoda, et al., 2015). A histerectomia é destacadamente a cirurgia ginecológica mais realizada no âmbito das cirurgias ginecológicas. A maioria destas cirurgias são realizadas devido a patologia ginecológica de natureza benigna, como leiomiomas e hemorragias uterinas anormais (Jacoby, Vittinghoff, Nakagawa, Jackson, Richter, Chan, et al., 2009). Em Portugal, somente no ano de 2011 foram realizadas 4.229 histerectomias por patologia ginecológica benigna; cerca de 50% das mulheres tinham mais de 45 anos, 27,5% tinham entre 46 e 55 anos e em 95% dos casos foi realizada anexectomia bilateral (Costa, Lopes & Santana, 2008). A histerectomia total com a anexectomia bilateral consiste numa intervenção cirúrgica através da qual se pratica a remoção do útero e dos ovários, sendo a quimioterapia e a radioterapia alternativas secundárias nestes tipos de patologias (Lopes, Ribeiro & Leal, 1999).

No cancro do colo do útero, as lesões limitadas à ectocérvice podem ser tratadas com crioterapia, LEEP (*loop electrosurgical excision procedure*), tratamento com laser ou conização. Se houver envolvimento endocervical e desejo de preservar a fertilidade, o tratamento pode basear-se em conização; caso não se deseje preservar a fertilidade, o tratamento de escolha é a histerectomia, especialmente se a lesão envolve a margem interna do cone. Havendo contra-indicações cirúrgicas, também a braquiterapia pode ser considerada. Relativamente aos efeitos adversos, durante a histerectomia radical pode ocorrer lesão do plexo hipogástrico superior e inferior e a estrutura da vagina sofre alterações passíveis de originar disfunção sexual (Dursun, et al., 2009; Carvalho, 2009).

Os cancros ginecológicos foram dos primeiros a receberem tratamento com radiações ionizantes. A radioterapia continua a ser um componente essencial no tratamento primário (não cirúrgico) e adjuvante no pós-cirúrgico de determinadas doenças malignas que surgem no sistema reprodutivo feminino (Morris, Eifel, & Lu, 1999). A radioterapia pode proporcionar uma oportunidade de cura para mulheres com doença avançada localmente irrecorrível na qual o risco de morbilidade cirúrgica é inaceitavelmente elevado; ou ainda com fatores de risco que contraindiquem a terapêutica cirúrgica. A radioterapia paliativa também melhora frequentemente a QV da paciente, dado que é utilizada para aliviar a sintomatologia; também para casos em que a análise histopatológica da peça cirúrgica ressecada revela características que sugerem um alto risco de recidiva local (Rose, Adler, Rodriguez,

Faulhaber, Karim & Miraldi, 1999). Vários fatores têm sido associados ao prognóstico de doentes com cancro do colo do útero tratados com radioterapia seguida por cirurgia: idade, tamanho do tumor, estágio FIGO (1971), tumor residual, histologia e presença ou ausência de metástases (Perez, Grigsby, Camel, Galakatos, Mutch & Lockett, 1995). A capacidade da radioterapia para tratamento do cancro local e avançado, é limitada pelo tamanho do tumor, pois as doses necessárias para grandes tumores excedem o limite de toxicidade para os tecidos normais (Fletcher, 1973). Os métodos para contornar a situação são o uso de outras formas radioterápicas, como a braquiterapia e o uso da quimioterapia. A quimioterapia e a radioterapia têm um efeito sinérgico. A quimioterapia aumenta a sensibilidade do tumor à radiação e é utilizada para a doença sistémica; por sua vez, a radioterapia pode ser usada para locais específicos (Steel, et al., 1979; Morris, Eifel, & Lu, 1999). A introdução da quimioradioterapia melhorou as taxas de sobrevivência global do cancro cervical, no entanto pelo aumento da toxicidade nos tratamentos (Karen, Kelly, Stewart, Xie, Bin Cho, Moseley, et al., 2009).

No cancro do colo do útero, na literatura do tema, encontra-se bem documentada a eficácia da radioterapia no tratamento. Este tratamento, geralmente, consiste na combinação entre a radioterapia e a braquiterapia em pacientes não-operáveis por motivos médicos, ou por terem cancros irresssecáveis. Os parâmetros que mais influenciam estes resultados estão relacionados com o tamanho tumoral, a extensão tumoral e as técnicas utilizadas na radioterapia (Rosa, Batista, Bardella & Carvalho, 2009). As manifestações clínicas do cancro do colo do útero vão desde o sangramento vaginal (fora do tempo da menstruação) até à sensação de dor com edema de membro inferior e hidronefrose por doença avançada. A lesão inicial normalmente é diagnosticada apenas por exame citológico de rotina. As pacientes que revelem achados anormais no exame citológico, que não tenham presença de lesão cervical a olho nu, devem ser avaliadas pelo exame de colposcopia com biópsias direcionadas. Se não forem visualizadas anormalidades na colposcopia ou se a junção escamocolumnar (JEC) não for vista, procede-se a curetagem endocervical.

No início deste capítulo dedicado ao cancro foram descritas as diferenças entre os tumores malignos e benignos, pelo que terão de ser levadas em conta na leitura dos próximos subcapítulos, referentes as patologias benignas. Diante disso, em seguida serão descritas as principais patologias mamárias e ginecológicas que envolvem o crescimento de massas observáveis denominadas tumores, e nestes casos específicos, patologias benignas da mama e ginecológicas.

2. Doenças Benignas da mama e Ginecológicas

2.1. Alterações Funcionais Benignas da Mama (AFBM)

2.1.1. Definição das AFBM

Em 1947, as patologias da mama eram referidas como um conjunto de manifestações clínicas de natureza benigna cujas principais alterações seriam estruturais da glândula mamária e hormonais (particularmente ovarianas) (Geschickter, 1947). Ao contrário do carcinoma, as doenças benignas da mama nunca receberam a devida atenção por parte dos investigadores até aos anos 1970 (Dixon & Mansel, 1994).

Em 1981, Scanlon definiu a doença fibrocística da mama como uma condição clínica com presença de massa palpável na mama, com influência direta no ciclo menstrual (progressão ou remissão da doença); tendendo a piorar gradualmente com o passar da idade e o aproximar da menopausa (acompanhadas de dor ou não) (Scanlon, 1981). A variedade de sinónimos sobre o tema (ex.: aberrações do desenvolvimento e involuções normais da mama, displasia mamária, displasia cíclica, mastopatia fibrocística, doença cística, alteração fibrocística, entre outras) deu origem a muita discordância entre os autores. Em 1994, para resolver este impasse, a *Sociedade Brasileira de Mastologia*, em São Paulo/Brasil, numa reunião de consenso sobre o tema, propôs o termo alterações funcionais benignas da mama (AFBM), em substituição às demais denominações (Dixon & Mansel, 1994). No entanto, esta denominação não foi aceite por todos, devido à redundância dos termos *funcionais* e *benignas* (AFBM) (Hegg & Aguiar, 2002; Barros, Silva, Dias, Nazário, Figueira Filho, 1999). As AFBM estão intimamente relacionada com a ansiedade e o medo de cancro da mama (Kurbet, 2010). É atualmente definida pela condição clínica de dor e/ou modularidade mamária, ocorrendo, preferencialmente, no período do menacme (iniciando-se ou intensificando-se no período pré-menstrual, tendendo a desaparecer com a menopausa) (Kurbet & Fonseca, 2004; Guray & Sahin, 2006). As AFBM são geralmente um grupo de alterações fibroquísticas que reúne as seguintes condições: fibroadenoma e suas variantes, lesões esclerosantes, papiloma e doença proliferativa da mama e condições associadas. Cerca de 80% dos tumores mamários palpáveis são alterações benignas que geralmente não aumentam o risco de cancro da mama (Boff & Wisintainer, 2006), embora as mulheres com quistos mamários tenham aumentado o seu risco de desenvolver este tipo de cancro (Jones & Bradbeer, 1980). Estes tumores, normalmente, apresentam-se com limites indistintos, podendo ser uni ou bilaterais, sendo mais frequentes nos quadrantes laterais (Hegg & Aguiar, 2002).

A partir da perimenopausa inicia-se um período de involução, ou seja, a liberação cíclica das hormonas ováricas desaparece, bem como ocorre a substituição do tecido mamário por gordura, constituindo a fase de maior incidência de micro e macrocistos. A progesterona inibe

o efeito estimulante e mitogénico do estradiol nos ductos galactóforos terminais, promovendo a diferenciação alveolar e preparando os lóbulos para a sua função secretória, inibindo, neste caso, a ação inflamatória (edema) do estradiol no tecido conectivo e da prolactina no epitélio (Silva & Oliveira, 2010; Hegg & Aguiar, 2002).

A incidência das alterações fibrocísticas não é certa, podendo acometer cerca de 70% das mulheres, estando presente em 54% de mamas normais mediante autópsia, 34% de biópsias mamárias e em 40% de todos os cancros da mama (Tavassoli, 1992). Tem sido observada maior incidência nas pacientes de alto poder económico (Kurbet & Fonseca, 2004).

2.1.2.Diagnóstico

O diagnóstico é basicamente clínico e relaciona-se principalmente com história de dor mamária pré-menstrual (mastalgia) e presença de quistos. De realçar que na maioria dos casos, o diagnóstico baseia-se somente na sintomatologia característica e na propedêutica não invasiva. Os métodos invasivos (punção aspirativa, biópsia e exérese de nódulo ou de sector) são indicados somente em casos suspeitos de cancro (Camargo & Camargo, 2004; Hegg & Aguiar, 2002). A excisão cirúrgica é indicada, também reduzidamente, apenas nos casos de quistos complexos, tumor residual pós-punção ou citologia suspeita (Calas, 2005).

O quadro clínico passa, obrigatoriamente, por dor e modularidade, podendo ser cíclica ou não, uni ou bilateral e, principalmente, no quadrante súpero-lateral, região de maior concentração de tecido mamário. A modularidade pode ser localizada ou difusa, onde encontramos geralmente área endurecida e irregular. As AFBM ocorrem geralmente na idade reprodutiva, com pico entre mulheres de 30 e 40 anos, prevalecendo nas mulheres que apresentam um certo grau de instabilidade emocional (Guray & Sahin, 2006; Kurbet & Fonseca, 2004; Hegg & Aguiar, 2002).

Em relação ao diagnóstico radiológico, este restringe-se à mamografia e à ultrasonografia sem alterações patológicas. A confirmação diagnóstica é dada posteriormente pelo estudo anatomopatológico, através de punção aspirativa por agulha fina, trocarte e biópsias cirúrgicas (Kurbet & Fonseca, 2004).

E necessário também fazer o diagnóstico diferencial de nódulo palpável e de pseudo-nódulo mamário. Por exemplo, mulheres no menacme, na segunda fase do ciclo, frequentemente queixam-se e, por vezes, apresentam, de facto, nódulos palpáveis. De facto, o estímulo sinérgico do estradiol e progesterona na unidade ductal lobular terminal leva à proliferação do epitélio e do estroma, produzindo nodularidade e dor na fase pré-menstrual. No final da fase lútea, com a redução dos níveis do estradiol e de progesterona, há regressão do epitélio lobular por apoptose e também do estroma intralobular, com melhoria da sintomatologia no início do fluxo menstrual (Navarrete, Maier, Falzoni, Quadros, Lima, Baracat, et al, 2005).

2.1.3.Mastalgia

A dor é o sintoma mamário mais comum segundo extensa literatura médica internacional, nomeadamente no que diz respeito à mastalgia cíclica (Wetzig, 1994; Preece, Mansel, Bolton, Hughes, Baum, & Gravelle, 1976). Grande parte das mulheres pode sofrer de mastalgia frente à presença de nódulo/s ou derrame/s da mama. Trata-se de um sintoma e não de uma doença em si. Quando a dor é aguda, as pacientes apresentam elevados níveis de ansiedade e depressão. A dor mamária pode ser dividida em cíclica, acíclica e não-mamária. A cíclica acomete 40% das mulheres que apresentam um certo grau de desconforto, com ou sem ingurgitamento e nodularidade, nos 2 a 3 dias que antecedem a menstruação; uma parcela menor, que varia entre 10 e 15%, apresenta a chamada mastodinia grave, com interferência significativa na sua vida normal (trabalho, sono, relações sexuais (Hegg & Aguiar, 2002).

A mastalgia acíclica não está vinculada ao ciclo menstrual, podendo ser contínua ou ainda padronizada ao acaso. As causas mais comuns são ectasia ductal, necrose do tecido adiposo e adenose esclerosante. O tratamento é específico da alteração encontrada ou, simplesmente, ao uso de analgésicos (Biazús, Menke, Cavalheiro, Rabin, Cericatto, Bittelbrunn, Xavier & Melo, 1999). A ectasia ductal revela sintomas como queimação, que se expande no frio, localizada de forma precisa, geralmente na região subareolar e no quadrante súpero-interno (Hegg & Aguiar, 2002).

A necrose do tecido adiposo, em geral, resulta de trauma acidental ou por abscesso ou intervenção cirúrgica. A dor localiza-se na parte traumatizada e, em muitos casos, ocorre meses ou mesmo anos após o evento primário. A adenose esclerosante é a entidade histopatológica que se caracteriza pela proliferação de lóbulos, associada à distorção da arquitetura lobular. Parte dos autores descrevem-na como invasão de vasos sanguíneos e de nervos pelas células epiteliais em proliferação (Hegg & Aguiar, 2002).

2.1.4.Cistos

O cisto é histologicamente um conduto dilatado cuja parede, em parte atrofiada, é formada por uma camada de células achatadas pela pressão de um conteúdo (Hegg & Aguiar, 2002). Na maioria das vezes trata-se de uma lesão assintomática diagnosticada por meio de exames imagiológicos. Nos casos de cistos sintomáticos, a forma mais comum de manifestação é a presença de nódulos móveis bem delimitados, de consistência macia ou fibroelástica, podendo estar acompanhada por dor local dependendo do número e tamanho dos cistos (Lucena, 2003).

Os cistos pequenos formam-se geralmente agrupados e, dependendo da hiperplasia epitelial, pode até sugerir carcinoma incipiente, devido à heterogeneidade da densidade radiográfica. Na hiperplasia de ductos, de lóbulos ou do conectivo, as informações radiográficas são inespecíficas; assemelham-se aos do tecido normal, mas conservam a distribuição lobular que lhe é característica (Hegg & Aguiar, 2002). A sua etiologia é discutível, porém muitos autores concordam que resulta em hiperestrogenismo. O estrogénio age sobre o tecido conjuntivo

mamário, levando à extensa fibrose estromal, obstruindo os ductos e formando os cistos. De realçar que a hialinização do estroma intralobular ocorre na involução lobular da paciente menopausada, leva à formação de microcistos e a coalescência desses pequenos cistos pode formar um macrocisto, sem estar, contudo, relacionado com a etiopatogenia das alterações císticas observadas nas mudanças fibrocísticas (Tavassoli, 1992).

2.1.5. Macrocistos

Os macrocistos constituem uma entidade clínica benigna, verdadeira, cujos relatos remontam a 1840 por Astley Cooper, sendo a forma mais frequente de apresentação de nódulo mamário (7 a 10% da população feminina), na faixa etária entre 35 e 50 anos; exceccionalmente encontrados antes dos 30 anos de idade ou depois da menopausa. Quanto ao tamanho, Hamed e Coady (1989) definiu os macrocistos com diâmetro maior ou igual a 3 mm e os microcistos menores que 3 mm. Os macrocistos possuem revestimento interno cubóide, cilíndrico ou plano, com frequente transformação apócrina. As glândulas de secreção apócrina em humanos são representadas pelas glândulas sudoríparas apócrinas localizadas nas axilas, na região anogenital e nas auréolas mamárias, além das glândulas de *Moll* nas pálpebras e das glândulas ceruminosas nas orelhas (Lever Schaumburg-Lever, 1990). Na forma macrocística, a queixa mais comum é o tumor associado à dor. Quando existe, a sua intensidade depende da pressão do líquido intracístico. O cisto pode surgir, aumentar, diminuir ou até desaparecer, num curto período de tempo; em comparação com a neoplasia, que tem evolução rápida e progressiva (Hegg & Aguiar, 2002).

Geralmente a descoberta dos macrocistos é acidental, na fase pré-menstrual ou menstrual. Há presença de tumor mamário de forma arredondado e bem circunscrito, sendo móveis e pouco dolorosos à palpação. A dor é súbita e severa, não relacionada ao ciclo menstrual e é atribuída ao seu rápido crescimento. O diagnóstico é clínico e deve ser seguido de exames de imagem. A mamografia revela estruturas nodulares, única ou múltiplas, uni ou bilaterais, arredondadas ou ovaladas de contorno preciso e com dimensões variadas. A ultrassonografia é o exame ideal com mais sensibilidade, caracterizada pelo nódulo de natureza anecóica, com reforço acústico na sua porção posterior e habitualmente destituído de vasos no seu interior. O diagnóstico diferencial é com tumores benignos da mama, como fibroadenoma, cuja parede, em parte atrofiada, é formada (Hegg & Aguiar, 2002).

2.1.6. Fibroadenoma

O fibroadenoma é o tumor bifásico benigno mais frequente em mulheres em idade reprodutiva, especialmente com idade inferior a 30 anos. Atualmente é tido como uma hiperplasia dos lóbulos normais, mais do que um risco para a malignidade. Macroscopicamente traduzem-se por nódulos bem delimitados, geralmente de crescimento lento e consistência firme. Do ponto de vista histopatológico, o componente glandular pode ser sede de um vasto leque de alterações, incluindo hiperplasia epitelial, alterações

metaplásicas ou todas as outras alterações que podem ser observadas no restante tecido (Nasário, Rego & Oliveira, 2007).

2.1.7. Estadiamento

Os cistos podem ser classificados em I, II e III. O tipo I apresenta epitélio colunar alto ou natureza apócrina com altos níveis de potássio e baixo de sódio e cloro; o tipo II com epitélio plano e altos níveis de sódio; e o tipo III é uma forma intermediária. O potencial de proliferação celular na metaplasia apócrina é contestável. A probabilidade da associação de macrocistos com o cancro da mama é maioritariamente encontrada nos cistos de tipo I (Bruzzi, Dogliotti, Naldoni, Bucchi, Costantini, Cicognani, Torta, et al., 1997), mesmo não podendo ser consideradas lesões pré-malignas. As atipias estruturais núcleo citoplasmática e arquiteturas em cistos apócrinos são principalmente associadas com adenose esclerosante e cicatriz esclerosante radial. Outros autores referem mesmo a ausência de relação entre cancro da mama e macrocistos (Jones & Bradbeer, 1980).

2.1.8. Exames

A mamografia fornece dados mais precisos quando se trata de macrocistos, em especial, na mulher climatérica, época em que o parênquima começa a atrofiar-se devido à progressiva substituição do tecido adiposo. Assim, as características de hiperdensidade homogénea e de bordas regulares do cisto realçam-se ainda mais. Já a ultrassonografia revela grande eficácia no diagnóstico diferencial entre nódulo sólido e cístico. É útil para orientar punções aspirativas, por trocarer ou mamotomia com vista a estudo citológico ou histopatológico, dado que os cistos volumosos podem estar revestidos tanto por tecido atrófico como hiperplásico, recomendando-se o estudo ultrassonográfico detalhado da parede interna dos mesmos, para procurar detetar formações sólidas ou papilares intracísticas. Também são indicadas biópsia incisional ou por agulha fina, e igualmente trocarer e mamotomia nas pacientes em que é necessário o diagnóstico diferencial com carcinoma (Hegg & Aguiar, 2002).

2.1.9. Tratamento das AFBM/ Mastalgias

Este é um aspeto que não revela muito consenso entre os autores. De acordo com a literatura mais alargada, alguns pontos são cruciais. Antes de qualquer escolha terapêutica é preciso esclarecer a paciente de que a sua doença é de natureza benigna, sendo o tratamento desta forma estritamente sintomático. Para todo o tratamento farmacológico, as diferenças individuais das pacientes devem ser levadas em conta; ficando a punção aspirativa, trocarer ou mamotomia e a cirurgia reservadas para os casos excecionais. Quando os sintomas interferem na vida pessoal e/ou profissional da paciente (ansiedade), o tratamento medicamentoso torna-se necessário (15% das pacientes). A principal conduta dos tratamentos das AFBM é afastar causa oncológica como responsável pela mastalgia. Assim, torna-se obrigatório realizar o exame físico, e na sequência os exames médicos, para excluir essa

hipótese. O tratamento das AFBM passa obrigatoriamente pela presença de tumor palpável e por presença de mastalgia. A presença de modularidade deve ser tratada de acordo com o resultado anatomopatológico da biópsia aspirativa, incisional ou trocarer (Hegg & Aguiar, 2002).

A indicação de retirada da área afetada só ocorre com indicação na vigência de diagnóstico duvidoso, ou suspeito, e até mesmo nos casos de período refratário ao tratamento clínico (Hegg & Aguiar, 2002). O quadro benigno das patologias mamárias revela uma tendência de tratamento que pode ir desde uma atitude passiva a uma atitude invasiva (60 a 80% das pacientes têm remissão espontânea da dor). A mastalgia cíclica, normalmente, acaba por se resolver sem tratamento, num período de dois a três meses. Nos casos em que isso não acontece, o tratamento indicado é o medicamentoso (utilização de várias drogas); contudo, o primeiro passo para o tratamento é eliminar a presença de um tumor ou cisto da mama; e posteriormente surge o aconselhamento terapêutico, para afastar o medo de cancro, assegurando a paciente da natureza da mastalgia como fisiológica (Hurst, Mega & Hogg, 1998).

O índice de sucesso da terapêutica apenas com conversa atinge 70,2%, sendo utilizada a terapêutica medicamentosa apenas nos casos refratários à conversa (Barros, Mottola, Ruiz, Borges, Pinotti, 1999; Kurbet, 2004). A mastalgia cíclica perde o seu efeito após a menopausa. Nas mastalgias acíclicas, a terapia local com massagens e analgésicos dá uma resposta adequada, enquanto a terapia hormonal não funciona bem. Considerando-se que o cisto não é uma lesão proliferativa, apresentando muitas vezes manifestação involutiva de baixo potencial carcinogenético, a punção aspirativa por agulha fina é o método de excelência, podendo ser acompanhada pelo ultrassom para certificação da sua retirada total (Hurst, et al., 1998).

A recorrência da lesão é em torno de 40%, sendo mais frequente nos casos de cistos múltiplos e bilaterais. A excisão é recomendada nos casos do líquido extraído conter sangue, citologia suspeita, massa residual pós-punção, recidiva do cisto por mais de três vezes, vegetação intracística ao ultrassom, cistos gigantes com volumes maiores de 50 mililitros e achados suspeitos mamográficos após a aspiração. Ainda se encontra outra alternativa, o uso de antiestrogénios, uma vez que é visualizada aquando da sua introdução para profilaxia do cancro da mama e espontânea regressão dos cistos (Hurst, et al., 1998).

2.1.10. Tratamento cirúrgico das AFBM

Em virtude do polimorfismo anatomopatológico e clínico das AFBM, não existe um padrão cirúrgico preestabelecido. É importante referir que, inicialmente, o tratamento cirúrgico é indicado apenas em casos em que exista a necessidade de se fazer diagnóstico diferencial com carcinoma. Assim, todo e qualquer nódulo isolado e de consistência firme, independentemente da idade da paciente, merece exérese e avaliação anatomopatológica. O

tratamento cirúrgico só é indicado nas seguintes condições: a) em mulheres de alto risco, desde que sintomáticas e com indícios mamográficos; b) em casos graves de lesões macrocísticas recidivantes; c) nos endurecimentos subareolares associados a fluxo e retração da papila; d) nas ectasias de ducto infrapapilares; e e) nas enfermas previamente submetidas à mamaplastia redutora, quando esta determina profundas alterações da arquitetura glandular, diminuindo a precisão do exame físico e das provas subsidiárias, em particular a mamografia (Hegg & Aguiar, 2002).

O tratamento hormonal só deve ser utilizado na persistência de sintomas após esclarecimento verbal minucioso. Quanto aos progestágenos, a racionalização para o seu uso baseia-se no seu efeito natriurético, bem como na sua ação anti-inflamatória em nível do estroma mamário. Estas hormonas são indicadas em pacientes perimenopáusicas que apresentam mastalgia cíclica. É dada preferência ao uso do acetado de medroxiprogesterona, na dose de 10mg diariamente, do 15º ao 25º dia do ciclo menstrual, por período de tempo não inferior a seis meses. A recorrência dos sintomas é frequente após a suspensão da medicação (Hegg & Aguiar, 2002).

2.2. Tumores benignos ginecológicos

2.2.1. Leiomiomas

Os leiomiomas são a patologia tumoral ginecológica de maior incidência no mundo. Trata-se de um tumor benigno capsulado constituído por musculatura lisa e tecido conjuntivo fibroso, em quantidades variáveis. É comumente conhecido, na clínica, por mioma ou fibroma. Estima-se que ocorra em cerca de 20 a 30% das mulheres em idade reprodutora (menacme) (Whiteman, Hillis, Jamieson, Morrow, Podgornik, Brett & Marchbanks, 2008), sendo menos provável depois dos 50 anos (Drinville & Memarzadeh, 2007). Quanto maior o tumor, mais graves são os sintomas, que incluem dor, sangramento, inchaço e ato de urinar frequentemente. Quando pequenos, raramente causam sintomas. É extremamente raro que se tornem malignos e, se passam a ser, são designados de leiomissarcomas (Wallach & Vlahos, 2004). Existem algumas dificuldades na deteção dos leiomiomas devido ao seu alto potencial de aumentar as suas dimensões, o que resulta em diversos tipos de degenerescência. Entre estas, a de tipo hialina constitui a que se observa com mais frequência, ocorrendo em cerca de 60% dos casos. As degenerescências de tipo mixóide, quística e hemorrágica são bem menos frequentes. A presença de edema pode prever o desenvolvimento destes fenómenos de degenerescência, tratando-se assim de um achado histopatológico comum em cerca de 50% dos leiomiomas (Ozirik, Meloni, Powell, Surti & Sandberg, 1993).

No geral, os leiomiomas são múltiplos, com origem monoclonal independente, com dimensões variáveis, de poucos milímetros a grandes massas, provocando distorção da superfície ou da cavidade uterina (Costa, 2011). Para fazer o diagnóstico diferencial dos leiomiomas, é importante ter em conta que a adenomiose é uma situação clínica que afeta mulheres pré-

menopáusicas. A ressonância magnética, nestes casos, assume uma especial importância para localizar e distinguir o tumor, tendo impacto na orientação da abordagem terapêutica mais adequada (Mussi, Costa, Obara, Queiroz, Garcia, Longo, Lemos, et al., 2016).

Ainda que a idade e a raça sejam as principais determinantes da ocorrência destes tumores, outros fatores podem estar igualmente associados, tais como: história familiar, idade e menstruação, paridade, infertilidade, obesidade, dieta alimentar, anticonceção, atletismo, tabagismo, infeções ginecológicas e doenças crónicas (Bozzini, 2004).

2.2.2. Classificação dos tumores benignos ginecológicos

Os leiomiomas podem ser encontrados em qualquer nível do músculo uterino e são habitualmente classificados segundo a sua localização anatómica. Desta forma, podem ser submucosos, intramurais ou subcerosos. Os submucosos localizam-se por baixo do endométrio, crescem para o lúmen uterino, podendo exteriorizar-se pelo canal cervical ou pela vagina, associados a subsequente ulceração e infeção, e, em situações raras, podem provocar inversão uterina. Os intramurais ou intersticiais situam-se na espessura do endométrio (Costa, 2011). Por fim, os subcerosos localizam-se por baixo da serosa, podendo tornar-se pediculados e confundir-se com tumor do ovário. Quando este adquire irrigação de outros órgãos intra-abdominais, mais frequentemente do omento ou mesentério, perdendo a irrigação sanguínea proveniente do útero, ocorre atrofia e reabsorção do pedículo e passa a designar-se por mioma parasita (Drinville & Memarzadeh, 2007).

2.2.3. Cistos ovarianos

A síndrome do ovário policístico foi descrita pela primeira vez na década de 1930, por Stein e Leventhal. Trata-se de uma das endocrinopatias mais comuns na mulher em idade reprodutiva (Stein & Leventhal, 1935). Frequentemente, caracteriza-se por hiperandrogenismo, que se pode manifestar através de hirsutismo, acne, seborreia, alopecia, irregularidade menstrual, obesidade e cistos ovarianos. Devido à associação desta patologia à infertilidade, neoplasia endometrial e síndrome plurimetabólica, a síndrome do ovário policístico deve ser, preferencialmente, diagnosticada e tratada precocemente. Além disso, relaciona-se à alta morbilidade pelos aspetos estéticos que afetam negativamente a autoestima das mulheres. Para se proceder a uma abordagem terapêutica adequada desta síndrome, é de extrema importância conhecer os mecanismos fisiopatogénicos envolventes (Moura, Begatin, Manela-Azulay, Costa & Sodré, 2011).

2.2.4. Pólipos Endometriais

Estas lesões são consideradas proliferações focais do endométrio, que formam massas circunscritas, causando protrusão para a cavidade endometrial. O tumor pode ser sésil ou pediculado e/ou ovóide e alongado, apresentando dimensões variáveis (sendo os mais comuns entre 2 e 4 cm), com possibilidade de exteriorização através do óstia cervical. São

geralmente unitários, porém, em aproximadamente um quarto dos casos são múltiplos (associados a miomas em 40%) e podem apresentar recidivas após o tratamento. Originam-se em qualquer ponto da cavidade uterina, embora a maioria se localize na região fúndica que é seguida das regiões cornuais (Salim, 2011).

Microscopicamente, os pólipos endometriais podem ser reconhecidos pela sua projeção acima da superfície endometrial, sendo constituídos por glândulas, estroma e vasos sanguíneos. Morfologicamente, são descritos diferentes tipos de pólipos endometriais, não existindo, no entanto, consenso quanto à classificação destas estruturas, que ora seguem o padrão histológico do epitélio de revestimento, ora do componente estromal, ora da localização do pólipo. No entanto, esta classificação tem pouco significado clínico (Salim, 2011).

Embora a resposta proliferativa à ação estrogénica tenha parte na génese dos pólipos endometriais e do carcinoma do endométrio, admite-se que no menacme a sua ocorrência e desenvolvimento possam resultar de decréscimo nos recetores de estrogénio e progesterona, principalmente nas suas células estromais (Mittal, Schwartz, Goswami & Demopoulos, 1996). Os pólipos endometriais podem ser diagnosticados pela propedêutica subsidiária por métodos de imagem e métodos invasivos, incluindo a ultrassonografia, histerossonografia, histerossalpingografia, biópsia endometrial, curetagem uterina e principalmente a histeroscopia (Campaner, Carvalho, Lima, Santos, Galvão, Ribeiro & Aoki, 2006).

Ecograficamente, os pólipos endometriais caracterizam-se por espessamentos endometriais focais com aspeto hiperecogénico, em continuidade com a camada basal do endométrio. Entretanto, podem também apresentar-se com elevada frequência sob a forma de espessamento endometrial inespecífico e heterogéneo (contendo ou não áreas císticas), visto que estes tumores sofrem achatamentos devido à compressão exercida pelas paredes do útero. Entretanto, estas lesões apresentam geralmente um número grande de falsos negativos na utilização desta propedêutica (Orvieto, Bar-Hava, Dicker, Bar, Ben-Rafael & Neri, 1999).

A incidência de maleinização dos pólipos descrita na literatura é muito variável. Hiperplasias e até mesmo carcinoma do endométrio podem estar presentes nestas lesões (Campaner, et al., 2006).

A polipectomia (remoção de pólipos) demonstra ótimos resultados na pós-menopausa; embora tenha menor taxa de sucesso em mulheres sintomáticas no período reprodutivo (melhora as taxas de fertilidade em mulheres inférteis). Porém, os procedimentos cirúrgicos não se revelam necessários em boa parte destes diagnósticos, devido a baixa frequência de alterações pré-malignas ou malignas nessas pacientes (Nogueira, 2005).

2.2.5.Tratamento de tumores ginecológicos benignos

A ooforectomia bilateral eletiva é uma cirurgia comum quando realizada uma histerectomia por patologia benigna em mulheres no período da peri e pós-menopausa. O objetivo principal desta cirurgia é prevenir o cancro do ovário (um dos cancros genitais mais letais que existe, como já foi referido anteriormente) (Parker, Broder, Chang, Feskanich, Farquhar, Liu, et al., 2009; Parker, et al., 2007).

Outros fatores também referidos são a redução do risco de cancro da mama e a cirurgia ovárica posterior (Shoup, et al., 2007). Em contrapartida, estudos recentes têm demonstrando que a realização de ooforectomia bilateral, sobretudo em mulheres pré-menopáusicas, pode condicionar um défice de estrogénios que se associa a risco de doenças cardiovasculares, osteoporose, défices cognitivos e demências e alteração da função sexual. Relativamente aos processos cognitivos, há uma preocupação corrente e acrescida na transição para a menopausa, particularmente no que se refere à memória (Hickey, Ambekar & Hammond, 2010; Rocca, Bower, Maraganore, Ahlskog, Grossardt, et al, 2007).

Num estudo realizado em 2002, foi demonstrado que mulheres submetidas a histerectomia com ooforectomia bilateral por patologia benigna revelavam de facto défices cognitivos. Verificou-se, assim, que as mulheres com uma diminuição nos níveis de estradiol plasmáticos superiores a 50%, 6 meses após ooforectomia, tiveram uma diminuição na função cognitiva; resultado superior ao das mulheres com níveis de estradiol plasmático mais elevados (Farrag, Khedr, Abdel-Aleem & Rageh, 2002). Por esta razão, a ooforectomia bilateral, aquando de histerectomia por patologia benigna, antes dos 45 anos, deve ser indicada apenas com muita precaução (Rocca, et al, 2007).

Capítulo 2

1. Funcionamento Cognitivo

1.1. Qualidade de Vida

A definição da QV não tem consenso entre os autores, daí a grande variedade de definições. A mais aceite advém da Organização Mundial de Saúde (OMS), que postula que a QV é a “perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL-Group, 1994, p.28). Trata-se de um conceito de natureza intrínseca de avaliação estritamente individual, contextualizada no meio físico, cultural e social da pessoa (WHOQOL-Group, 1998).

Em termos históricos, já em meados de 1970, Campbel (1976) tentava explicitar as dificuldades que cercavam o conceito da QV, conceitualizando-a como uma vaga e etérea entidade. Há indícios de que a tentativa de conceitualização já vem desde os anos de 1930. Em 1990, os vários estudos fizeram uma avaliação global de todas as definições anteriores e definiram como válidas quatro tipos de definições: definição global, definição com base em componentes, definição localizada e definição combinada. A definição global tratar-se-ia das definições muito gerais que iam aparecendo na literatura médica, centradas na satisfação e insatisfação da vida, no geral. A definição com base em componentes surgiu na década de 1980, visando fracionar o conceito de QV em componentes, de forma a operacionalizar o conceito em termos empíricos. A definição localizada diz respeito a áreas específicas (ex.: trabalho e saúde), para designar a QV nestes vários contextos, utilizando instrumentos de avaliação global e fatorial (Seldl & Zannon, 2004).

Aqui importa incidir sobre a QV na área da saúde, e ainda mais especificamente, nas patologias avaliadas neste trabalho. Seguidamente será explicitado o que a literatura revela sobre a perceção de QV nos cancros da mama e ginecológico.

1.1.2. Cancro e Qualidade de vida

No cancro da mama, a QV tem um impacto muito significativo, assim como o funcionamento psicossocial da paciente com esta patologia (Hewitt, Herdman & Holland, 2004). Afeta igualmente o ajustamento psicológico, bem-estar emocional e social, imagem corporal, sexualidade e capacidade física (Moreira & Canavarro, 2010; Thornton & Perez, 2007; Duarte & Andrade, 2003). Cantinelli, Camacho, Smaletz, Gonsales, Braguittoni & Rennó (2006)

corroboram que a QV depende de vários fatores tais como a idade, o nível socioeconómico, o estágio da doença, o processo de tratamento, o contexto familiar, a relação marital, a perspectiva de futuro, entre outros.

Apesar de a literatura não demonstrar consenso sobre a influência dos tratamentos na QV da mulher com cancro da mama, o estudo de Lotti, Barra, Dias e Makluf (2008) foi claro em descobrir que existe influência negativa na percepção de QV dessas mulheres, relativamente aos tratamentos de mastectomia, quimioterapia e radioterapia. Dos sintomas adversos decorrentes dos tratamentos, referem ainda a presença de fadiga, depressão e sintomas da mama e ombro; e também a menopausa.

No processo de adaptação ao cancro da mama, a forma como as mulheres enfrentam cada fase da doença é concomitante com uma melhor ou pior percepção de QV durante o processo. A literatura tem divulgado sistematicamente que existe uma forte associação entre as estratégias de coping e a adaptação à doença crónica (Francisco, Carvalho & Batista, 2008; Varela & Leal, 2007; Maes, Leventhal & Ridder, 1996; Gandini, 1995). Também a forma como o grupo social percebe a doença e a evolução dos tratamentos do paciente com cancro, influencia na escolha dos recursos internos usados pela paciente para enfrentar a situação (Nucci, 2003).

O objetivo do estudo de Patrão, Leal e Maroco (2012) foi investigar o impacto de momentos de stress significativo no ciclo psico-oncológico (diagnóstico, cirurgia e tratamentos). As 360 participantes diagnosticadas com cancro da mama foram avaliadas em 3 ocasiões diferentes, tendo-se em consideração as variáveis *distress*, controlo emocional, neuroticismo, suporte social, *coping*, QV e características sociodemográficas e clínicas. Foram utilizados os métodos de Equações Estruturais para analisar as relações entre as variáveis. Os resultados revelaram que a resposta emocional, cognitiva e da percepção de QV, sofreram mudanças significativas em cada um dos momentos. Além disso, os resultados indicaram que uma resposta emocional adaptada está associada a uma estratégia de coping eficaz para redução dos níveis de *distress* e aumento da percepção de bem-estar (Lazarus & Folkman, 1984).

Noutro estudo, Silva, Bettencourt, Moreira e Canavarro (2011) analisaram e compararam a percepção de mulheres com cancro da mama em relação à percepção de QV em distintas fases da doença, tendo em conta o papel das variáveis sociodemográficas, clínicas e de estratégias de coping na percepção de QV, enquanto fatores de risco ou protetores. Os resultados mais relevantes indicaram que durante a fase de tratamento a percepção de QV sofre compromisso significativo; o nível de escolaridade elevado revelou-se favorável tanto para uma percepção positiva da QV como para a utilização de melhores estratégias de coping; o refúgio a uma estratégia de coping de evitamento associou-se diretamente a uma pior percepção de QV, assim como uma estratégia de coping cognitivo a uma melhor percepção de QV em todas as fases da doença.

Moreira, Silva e Canavarro (2008) realizaram um estudo para se vir a conhecer o nível de percepção de QV e ajuste psicossocial em mulheres com cancro da mama, em duas fases da doença: diagnóstico e sobrevivência. Para isso, entrevistaram 56 mulheres sem história de cancro (população geral), 32 mulheres com diagnóstico recente e 58 mulheres sobreviventes ao cancro. Os resultados indicaram que as mulheres com diagnóstico recente apresentaram maior incidência de ansiedade, menor nível de aptidão física e baixo nível de percepção da QV comparativamente com as mulheres sobreviventes que apresentaram bom nível de percepção de QV e níveis normativos de depressão, sem se distinguirem das mulheres da população em geral.

Por sua vez, Amaral, Melo, Santos, Lôbo, Benute e Lucia (2009) ressaltaram num estudo sobre percepção de QV em mulheres mastectomizadas, que o baixo nível socioeconómico gera medo e angústias que interferem diretamente na percepção de QV, dinâmica familiar, rede socioafetiva e qualidade do tratamento. Outros resultados relevantes deste estudo remetem à presença de quadros de ansiedade e depressão, e ausência significativa desses quadros, nas participantes com percepção de QV acima da média demonstrada pelo estudo.

1.1.3. Qualidade de vida no cancro ginecológico

As terapêuticas na área da oncologia estão a dar cada vez mais relevância às medidas de avaliação na QV dos pacientes com cancro. De facto, o objetivo do tratamento não é apenas alcançar a cura, mas também diminuir os problemas associados à deterioração da QV (em termos de tratamentos e longevidade). A longevidade em termos biomédicos deixou de ser a única medida de sucesso em oncologia, expandindo-se assim para integração de aspetos globais da QV. Apesar dos resultados encontrados nos estudos sobre QV pós-cancro variarem bastante, muitos evidenciam que os sobreviventes continuam a enfrentar efeitos negativos durante e depois dos tratamentos. Entretanto, muitos estudos enfatizam uma QV positiva nessas alturas (Pinto & Pais-Ribeiro, 2006).

Um estudo de Jorge e Silva (2010) teve como objetivo avaliar a QV de mulheres portadoras de cancro ginecológico submetidas à quimioterapia antineoplásica. Para isso, os autores selecionaram cinquenta pacientes em tratamento quimioterápico e aplicaram-lhes o instrumento de avaliação de QV da Organização Mundial da Saúde-WHOQOL-bref. Os resultados indicaram que, no que toca a QV geral, o domínio mais comprometido foi o físico, enquanto o mais preservado foi o social. Todos os domínios correlacionaram-se significativamente com a QV geral. Desta forma, pode-se evidenciar que a QV das mulheres deste estudo revelou-se muito satisfatória, embora estes resultados não sejam consensuais com a maioria dos outros estudos realizados sobre este tema na área da oncologia.

1.2. Cognições e Oncologia

Entre as teorias da Psicologia, duas estruturas, ou dimensões psicológicas, têm recebido grande destaque nas investigações recentes: afetividade e cognição humana. De acordo com a literatura, ambas funcionam de modo dinâmico e construtivo sobre o psiquismo, podendo apresentar proporções variáveis no sentido de serem mais, ou menos, afetivas ou cognitivas (Pinto, 2004). Mais especificamente, a Psicologia Cognitiva deu enfoque a processos como percepção, raciocínio lógico, memória e planeamento das ações, o que ajudou a compreender o desenvolvimento e a inteligência humana como características universais. O primeiro teórico nesse sentido foi, sem dúvida, Jean Piaget, que demonstrou nos seus estudos a natureza do desenvolvimento enquanto Epistemológico Genético. Posteriormente, surgiu Vygotsky, postulando, além dessa base inata, que o desenvolvimento humano não decorria de forma assim tão fluida, e que por isso dependia extremamente do contexto cultural para se dar; e ainda, sendo bastante influenciado por instruções verbais claras e diretas. Para Piaget, toda a criança nasce com alguns esquemas básicos (reflexos), que depois se vão desenvolvendo conforme a maturação biológica (em estágios) (assimilação e acomodação). Este autor também acreditava que a afetividade agia como um impulsionador da atividade intelectual (Piaget, 1980). A Epistemologia Genética defende que o indivíduo passa por vários estádios de desenvolvimento ao longo da vida. O desenvolvimento ocorre pela sobreposição do equilíbrio entre a assimilação e a acomodação, resultando em adaptação. Assim, nesta enunciação, o ser humano assimila os dados fornecidos pelo exterior adaptando esses dados à estrutura mental que já existia. O processo de modificação de si próprio é chamado de acomodação. Este esquema revela que nenhum conhecimento chega do exterior sem que o indivíduo sofra alterações, sendo que tudo o que se aprende é influenciado por aquilo que já havia sido aprendido. A assimilação ocorre desta forma quando a informação é incorporada às estruturas já existentes; enquanto que a adaptação ocorre quando o organismo se modifica de alguma maneira de modo a incorporar dinamicamente na estrutura cognitiva a nova informação (Abreu, Oliveira, Carvalho, Martins, Gallo & Reis, 2010).

Vygotsky, por outro lado, concordava com Piaget a respeito da construção do conhecimento pela criança, e da importância da sua ação sobre o meio. Porém, acreditava que o meio exerceria uma enorme influência sobre o desenvolvimento infantil, podendo mesmo ser determinante para que este ocorresse, ou não. Daí a importância que Vygotsky deu à educação formal (instrução como uma maneira de promoção desse desenvolvimento) (Oliveira, 2001). Se o indivíduo tem acesso a uma larga amplitude de vivências informais do quotidiano, a sua educação formal, advinda do ensinamento académico, por exemplo, se dá numa dimensão maior, ou seja, com maior eficácia. A aprendizagem, desta forma, de um novo conceito, é um processo de desenvolvimento cognitivo alargado, cuja construção apenas começa na ocasião em que ele é ensinado. Essa construção, por sua vez, se assenta na estrutura cognitiva que o indivíduo que aprende desenvolveu até esse momento, num processo contínuo iniciado desde os seus primeiros dias de vida em sociedade (Gaspar, 1992).

Além destes, e de outros autores, que visaram explicar o desenvolvimento humano, ao nível afetivo e cognitivo, surge a neuropsicologia com o intuito de compreender os mesmos processos quando alterados. Especificamente, a neuropsicologia tem um desenvolvimento relativamente recente, embora a sua fundamentação científica resulte de várias décadas de conhecimento e investigação (Costa, Azambuja, Portuguese & Costa, 2004; Wilson, 1991). Além de desempenhar um papel fundamental nessa compreensão das alterações cerebrais, a neuropsicologia também procura, igualmente, averiguar o funcionamento cerebral dito normativo ao nível cognitivo, emocional e comportamental (Gil, 2004; Ginarte, 2002). Segundo Lúria (1973, p.16), a neuropsicologia tem o objetivo de “investigar o papel dos sistemas cerebrais particulares nas formas complexas de atividade mental”. Este caracteriza a neuropsicologia como uma das ciências determinantes na avaliação e intervenção dos processos mentais humanos (Lúria, 1966, 1980, 1979, 1976, 1973). Neste sentido, os testes psicométricos são utilizados para compreender alterações que incorrem em disfunções cognitivas e comportamentais, muitas vezes resultantes de lesões cerebrais, ou mesmo doenças do desenvolvimento anormal do cérebro (Costa, Azambuja, Portuguese & Costa, 2004).

Apesar de escassos os estudos que procuram verificar défices neuropsicológicos em doentes oncológicos, na área do cancro da mama foram realizados alguns estudos relevantes, tendo sido descoberto que durante anos, as mulheres tratadas para este cancro queixavam-se de um fenómeno chamado “*chemo brain*”; descreviam-no como uma diminuição do seu funcionamento cognitivo (memória e capacidade de concentração). Estes sintomas começavam praticamente após o início dos ciclos de quimioterapia (Wefel, Lenzi, Theriault, Brezden, Cruickshank & Meyers, 2004).

Apesar dos estudos terem sido maioritariamente realizados com este grupo específico de pacientes, neste âmbito, acredita-se que são resultados extensíveis a muitas outras doenças, inclusive a outros tipos de cancro. Alguns estudos estimam que cerca de 40% das mulheres tratadas com quimioterapia sejam afetadas por esta condição; no entanto, outros consideram que apenas 15% destas mulheres sejam afetadas. As alterações hormonais e químicas podem ser as responsáveis por este comprometimento das funções cerebrais destas pacientes. Contudo, algumas questões ainda se encontram por explicar, nomeadamente a razão de algumas mulheres apresentarem estes défices cognitivos e outras não (Tannock, Ronald, William, Jozsef, Pluzanska, Kim, et al., 2004). Um estudo realizado por Van Dam, Schagen, Muller, Boogerd, Wall, Droogleever & Rodenhuis (1998), só revelou estes mesmos resultados quando as mulheres recebiam doses elevadas de quimioterapia. Foi o que comprovou, de certa forma, o estudo de Brezden, Philips, Abdoell, Bunston & Tannock (2000), que comparou o funcionamento cognitivo de um grupo de mulheres com cancro da mama (N=31), a receber doses standard de quimioterapia, com outro grupo composto por pessoas saudáveis (N=36). Os resultados indicaram que as mulheres com cancro da mama em tratamento quimioterápico

exibiram um funcionamento cognitivo inferior ao grupo de pessoas saudáveis, mesmo quando controladas as variáveis idade, nível educacional e fase de menopausa e de humor.

A literatura tem evidenciado também, de forma mais ou menos sistemática, que o uso de opióides, utilizados no tratamento da dor, pode estar relacionado com alterações cognitivas, podendo ser a própria dor a responsável por estas alterações. Também é comum que estes doentes tenham alucinações visuais ou táteis, bem como alterações na atenção, memória, aprendizagem, concentração, raciocínio, função executiva, atenção e das capacidades visuoespaciais e humor, e, em alguns casos, até mesmo quebra cognitiva. Neste sentido, os investigadores acreditam que a neurotoxicidade associada à quimioterapia pode manifestar-se também sob a forma de encefalopatia aguda ou crónicos episódios semelhantes ao AVC, síndrome cerebelosa e mielopatia transversa e neuropatia (Keime-Guibert, Napolitano & Delatre, 1998).

1.3. Processos cognitivos de análise na tarefa *Stroop*

Desde o século XIX, os mecanismos atencionais têm sido alvo de diversas investigações. Pode-se dizer que Wundt, na época do estruturalismo, e William James e Herman Von Helmholtz na época da psicologia cognitiva (Tudela, 1992) foram os precursores deste tema. Sucintamente, a teoria de Wundt baseou-se na compreensão dos dados atencionais conscientes, isto é, aqueles que são controlados pelo sujeito, e foi no seu laboratório de psicologia que os primeiros passos nas bases da tarefa *Stroop* foram dados. Por sua vez, William James, entre os anos de 1880 e 1920, investigou a atenção sob um método introspectivo e experimental (Esgalhado, 2007), chegando à conclusão que a antecipação observacional do objeto cria um efeito de facilitação do processo atencional (Herman Von Helmholtz, 1894, cit. por Kulaif, 2005; Cabaco, Martínez & Giner, 1997), e descobrindo ainda que a capacidade atencional também se dá de forma encoberta, ou seja, sem a necessidade de acompanhamento do olhar para tornar o alvo de atenção consciente. Continuamente, ao longo do tempo, outros autores ocuparam-se do tema da atenção. Entretanto, Cattell (1886) foi o investigador pioneiro desta temática, publicando uma tese de doutoramento neste tema, cinquenta anos antes da publicação de Stroop (1935). Ele investigou a relação entre as variáveis leitura de palavras, denominação de cores, frequência e distinção do carácter voluntário/automático do processo atencional (Cabaco, Martínez & Giner, 1997), concluindo que o tempo necessário para ler palavras é muito inferior ao tempo necessário para reconhecer cores simples. Porém, foi apenas na segunda metade do século XX, com a ascensão da Psicologia Cognitiva, que os estudos sobre os mecanismos atencionais alcançaram destaque, com o surgimento de modelos teóricos sobre a atenção (Prata & Esgalhado, 2014).

A atenção é uma das funções mais complexas e multifacetadas da mente, envolvendo o córtex límbico e a região do lobo frontal (Luria, 1981). É um processo contínuo de organização e estabelecimento de prioridades atencionais (Sternberg, 2008; William James,

1890, cit. por Dalgalarrodo, 2000). A atenção é também responsável pelo *output* da informação, gestão emocional, recuperação de factos, eficácia da memória de curto prazo e monitoramento e autorregulação das ações cerebrais (Brown, 2007). Dada a capacidade limitada do sistema cognitivo para o processamento atencional existem alguns fatores que levam a que o processamento da informação não seja uniforme e imparcial para todo o tipo de informação. São estes fatores que determinam que alguns estímulos ou conteúdos sejam considerados mais relevantes que outros, merecendo maior atenção da pessoa. Este processo de seleção e foco em determinados conteúdos ou estímulos específicos designa-se de viés atencional (Yiend, 2010).

É bastante consensual, entre os psicólogos cognitivos, que muitos processos cognitivos envolvidos no processamento da atenção sejam distinguidos por processamento consciente e não-consciente (automático) (Schneider & Shiffrin, 1977). Isto advém do nosso sistema sensorial que forma padrões de memória em graus variados de complexidade, sujeitos a serem ou não resgatados posteriormente. Neste processo, o sistema nervoso seleciona as informações mais relevantes do ponto de vista de interação eficaz com o meio (Brandão, 1995). Estes processos não têm influência intencional e, por serem inconscientes (Nunes, 2012; Sternberg, 2008), requerem um tempo maior para serem realizados, comparativamente com o processamento automático (Sternberg, 2008), e monitorizam as interações ambientais servindo-se das funções executivas. As funções executivas são capacidades adaptativas que envolvem seleção, integração, planeamento e monitorização das ações (flexibilidade cognitiva e comportamental) (Manning, 2005; Gazzaniga, Ivry & Mangun, 2002). Já os processos não-conscientes (automáticos) exigem pouco ou nenhum esforço por parte da pessoa (Snyder, 1995, citado por Sternberg, 2008). O processo de automatização é uma combinação gradual, que se torna, posteriormente, um processo integrado e fácil de consolidar (Anderson, 1993). Apesar de os processos automáticos não exigirem controlo consciente, estão claramente sujeitos a esse controlo; contudo, o bom desempenho desses comportamentos é normalmente prejudicado pelo controlo consciente. Em resumo, a atenção sugere um continuum de processos automáticos e controlados (Logan, 1988). Por exemplo, o teste de Stroop (1935), concebido para avaliar a capacidade de controlo da atenção sob a pressão do tempo (Manning, 2005) tem demonstrado que a interferência *Stroop* ocorre devido à interferência de processamentos verbais e não-verbais face às respostas do teste (Golden, 1978). O teste pressupõe a existência de um conflito cognitivo (Pereira, 1970 cit. por Aparício, 1994) que exige elevados níveis de atenção e concentração (Hayés, 1994 cit. in Aparício, 1994). Tradicionalmente, o teste é utilizado para estudar o efeito de *Stroop*, presente na capacidade de interferir em respostas automáticas (MacLeod, 1991). Para ser considerada ótima, a perceção, o tratamento e o armazenamento da informação requerem que a atenção seja orientada (seletiva) e adaptada à tarefa (intensidade). A velocidade e o controlo atencional variam de uma tarefa para outra, de acordo com o grau de estruturação da mesma, e da pressão colocada pelo tempo estipulado. Estas características têm um nível

de dificuldade coerente com esses fatores. As tarefas utilizadas são normalmente semiestruturadas, de controlo definido nas instruções, e com nível de dificuldade intermédio (Sternberg, 2008).

1.3.1.O Teste *Stroop* de Cores e Palavras

Desenvolvido por John Ridley Stroop (Stroop, 1935), num artigo denominado “*Studies of interference in serial verbal reactions*”, o Teste *Stroop* de Cores e Palavras continua atualmente um instrumento clássico (traduzido em várias línguas) na avaliação da atenção seletiva e das funções executivas (controlo inibitório/lobo frontal) (Malek, Hekmati, Amiri, Pirzadeh & Gholizadeh, 2013).

O Teste *Stroop* tem por base a nomeação de palavras por uma associação automática ou a nomeação de uma cor resultante de um esforço consciente. Além disso, considera-se importante a velocidade entre as duas reações, sendo esta a resposta diferenciadora entre uma e outra. Contudo, a originalidade deste teste está na terceira lâmina, que pressupõe um esforço consciente essencial para discriminar estímulos de nomeação de cores e leitura de palavras (Cabaco, Hage, Abramides & Loureiro, 2002). Neste sentido, o teste *Stroop* baseia-se na ideia de que ver e nomear uma palavra pressupõe uma associação automática, enquanto nomear uma cor é o resultado de um esforço consciente. Desta forma, a lâmina 3, de interferência do *Stroop*, mede a capacidade do indivíduo de separar estímulos de nomeação de cores e palavras (Martinez, 2012).

O efeito de interferência (conflito cognitivo) ocorre devido à nomeação de palavras escritas com cor (por exemplo, a palavra impressa é “azul” mas em cor vermelha); o que mostra uma tendência à resposta automática de leitura da palavra em vez de nomeação da cor (MacLeod, 1992; Stroop, 1935). Este efeito avalia a capacidade de mudança percetiva face a novas exigências da tarefa. A pessoa deve superar os estímulos de interferência reprimindo um padrão conhecido de resposta e, assim, dando lugar à execução de um novo comportamento (Spreen & Strauss, 1991). Este efeito é considerado uma medida avaliativa cognitiva de flexibilidade mental e de controlo inibitório (Moering, Schinka, Mortimer & Graves, 2004). Estas habilidades geralmente sofrem declínio mediante o avanço da idade (Ivnik, Malec, Smith, Tangalos e Petersen, 1996), o que acabou por tornar o Teste *Stroop* comum entre as investigações das diversas demências (Houx, Jolles & Vreeling, 1993), e também entre os grupos de pacientes com personalidade borderline e outras psicopatologias (Bohnen, Twijnstra e Jolles, 1992).

Duas hipóteses foram formuladas para explicar o efeito de *Stroop*: a primeira hipótese tem a ver com o conflito percetivo, enquanto a segunda se relaciona com a competição entre as respostas (Doehrmann, Landau & O’Connell, 1978). Ambas as hipóteses explicam o atraso na resposta (fase de processamento do estímulo e resposta) (Berçi & Karakas, 2009). A primeira hipótese sustenta que, quando a palavra e a cor são incongruentes, geram conflitos cognitivos

que sobrecarregam o sistema de processamento de informação, criando uma condição de atraso na resposta. De acordo com a segunda hipótese, existem duas respostas concorrentes, tendo a pessoa que optar por uma; neste caso, o estímulo cor precisa de ser convertido de uma análise perceptiva para códigos verbais, enquanto a leitura da palavra impressa não apresenta tal processo, sendo então esse o motivo do atraso na resposta (Doehrmann, et al., 1978). Em suma, tendo em conta a hipótese de conflito perceptual, pode-se dizer que este ocorre por interferência *Stroop* criada pelo estímulo durante a fase de percepção. Por outro lado, tendo em conta a hipótese de competição perceptual, pode-se dizer que ocorre uma concorrência criada durante a fase de resposta (Bekçi & Karakas, 2008).

Praticamente todos os modelos de interferência *Stroop* preveem que as respostas serão mais rápidas ou mais precisas quando os estímulos são congruentes (por exemplo, impresso em vermelho, escrito vermelho), do que quando é necessário controlar estímulos para incidir na resposta certa. Por isso, as respostas mais rápidas estão, normalmente, em condição de congruência. Este ponto de vista, segundo diversas investigações, é designado de “processo de facilitação” (Shiffrin & Schneider, 1977). Fundamentalmente, este teste constitui-se numa medida básica e fiável de avaliação dos processos cognitivos, tanto em termos clínicos como experimentais (Esgalhado, 2007).

1.3.2. Variáveis Psicossociais e Interferência *Stroop*

Os estudos mais recentes sobre o efeito de *Stroop* nas variáveis psicossociais como nível de inteligência, idade, sexo e nível educacional, ainda não são claros, por se tratarem de investigações com amostras reduzidas e com procedimentos investigativos muito variados (Malek, et al., 2013). Por exemplo, no estudo de Graf, Uttl & Tuokko (1995) não foi encontrada uma faixa etária que influenciasse negativamente o desempenho do teste *Stroop*. Em contrapartida, Hanauer e Brooks (2003) verificaram que crianças de 11 anos obtiveram resultados significativamente mais fracos do que adultos no desempenho do Teste *Stroop*.

No que concerne às diferenças de género, os desempenhos no teste *Stroop* variam muito entre as diversas investigações (Hameleers, Van Boxtel, Hogervorst, Riedel, Houx & Buntinx, 2000; Moering, et al., 2004) embora os resultados, na globalidade, venham sugerindo uma vantagem para o género feminino (Samarny, 1977 cit. por Esgalhado et al., 2010). Relativamente ao nível educacional, os resultados mostraram-se positivos em algumas investigações, no sentido de não apresentarem diferenças significativas explicadas pelo nível educacional (Steiberg et al., 2005; Moering et al., 2004; Van Boxtel, Tusscher, Metmemakers, Willems & Jolles, 2001; Hameleers, Van Boxtel, Hogervorst, Riedel, Houx, Buntinx & Jolles, 2000; Anstey, Matters, Brown & Lord, 2000; Troyer, 2000; Ivnik, et al., 1996; Houx, et al., 1993). O estudo de Gascón, Adda, Miotto, Lúcia & Scaff (2010) e Trenerry, Crosson, DeBoe & Leber (1989) contrapõe essa tendência, tendo por outro lado, apresentado vantagem à

populações com alto nível educacional no que toca aos resultados no Teste *Stroop* de Cores e Palavras (Steiberg et al., 2005; Anstey, et al., 2000; Troyer, 2000; Ivnik et al, 1996).

1.3.3. Estudos com o Teste *Stroop* de cores e palavras

Alansari e Baroun (2004 cit. por Esgalhado, et al., 2010) compararam diferenças no desempenho do Teste *Stroop* em sujeitos provenientes de duas diferentes culturas. Reuniram uma amostra de alunos do ensino superior de ambos os sexos: Kuwait (N=140) e Reino Unido (N=70). Os resultados mostraram valores mais elevados de interferência *Stroop*, sem diferenças de género, nos sujeitos do Kuwait. Estes resultados foram consistentes com os de outras investigações que verificaram que a interferência no Teste *Stroop* não é influenciada pelo género.

Um estudo de grande proporção (N=1.856), realizado por Van Der Elst, Boxtel, Brekelen & Jolles (2006), com objetivo de avaliar o desempenho (velocidade e precisão) dos participantes no teste *Stroop*, teve como base os parâmetros da idade, do género e do nível educacional. Estes autores observaram que o tempo de resposta foi mais afetado do que a precisão no teste (erros cometidos nas tarefas). A capacidade de execução do mesmo mostrou-se diminuída numa medida gradual de aumento da idade; esse declínio foi mais acentuado em pessoas com baixo nível educacional, independentemente do género. Os autores concluíram, partindo de um pressuposto neurobiológico, que o nível educacional influencia uma maior ativação das sinapses, ou seja, uma maior facilitação da entrada de fluxo sanguíneo em regiões frontotemporais do cérebro (Chiu, Lee, Hsiao & Pai, 2004), o que proporciona melhores capacidades percetivas, mnésicas e de raciocínio (Lee, Kawachi, Berkman & Grodstein, 2003).

Raposo (2012), numa investigação de natureza transversal do tipo observacional/descritivo, também comparou diferenças de género, idade e escolaridade no Teste *Stroop* de Cores e Palavras, com o objetivo de obter as médias classificativas do teste tendo em conta estes parâmetros. A população foi composta por jovens adultos entre os 16 e 24 anos, sendo 107 do género masculino (38,8 %) e 169 do género feminino (61,2 %). No que se refere à escolaridade, 56,1% pertenciam ao ensino secundário e 43,8% ao ensino superior. Os resultados mostraram que as diferenças relativas a idade, ano de escolaridade e género, foram fundamentais na classificação dos desempenhos enquanto normais ou alterados. Além disso, o coeficiente de consistência interna revelou-se eficaz em todas as tarefas *Stroop*.

O Teste *Stroop* também se tem revelado um bom instrumento para avaliação das funções executivas (Kulaif, 2005; Stuss, Gallup & Alexander, 2001), conforme salientaram Wright, Waterman, Prescott e Murdoch-Eaton (2003), declarando ser este um teste altamente confiável para detetar condições patológicas cuja sequela comportamental é um pobre controlo inibitório (por exemplo, esquizofrenia, transtorno do défice de atenção e hiperatividade, transtorno obsessivo compulsivo, síndrome de Tourette e autismo).

Moller, Cluitmans, Rasmussen, Houx, Rasmussen Canet, Rabbitt, et al. (1998), num estudo de grande proporção (N=1218) com sujeitos acima dos 60 anos, constataram que o teste *Stroop* revela robustez cultural pelo menos, conforme a evidência, em sete línguas (Inglês, Francês, Espanhol, Alemão, Dinamarquês, Grego e Holandês). Contudo, Van der Elst, Van Boxtel, Van Breukelen e Jolles (2005), noutro estudo similar, utilizando também uma amostra robusta (N=1855), mas neste caso examinando a capacidade de aprendizagem, avaliando a memória, em sujeitos com idades entre 24 e 81 anos, constataram diferenças quantitativas na apreensão das informações, entre jovens e séniors. Estes autores referiram ainda, que constatações como estas não devem implicar menos investigação na área.

1.3.4.Paradigmas do Stroop Emocional

A extensa literatura sobre o tema revela-nos o crescente interesse da comunidade científica por fazer do *Stroop* Emocional um teste cada vez mais utilizado no delineamento de diagnósticos clínicos (Cabaco, 1998). O *Stroop* Emocional surgiu da modificação do *Stroop* clássico, uma vez que, quando as palavras do teste apresentavam conotação emocional para os sujeitos, verificavam-se atrasos significativos na nomeação das cores. Klein, em 1964, fez referência a esta evidência, e posteriormente, Geller e Shaver (1976) encontraram resultados que corroboravam esta mesma ideia. Segundo estes autores, a velocidade de nomeação de palavras emocionais era um indicador claro das preocupações e ansiedades dos sujeitos. As palavras com conteúdos emocionais como morte ou tristeza produziam uma maior interferência na atenção, comparativamente com palavras neutras como mesa ou árvores.

A tarefa de *Stroop* Emocional consiste na apresentação de diversas palavras-estímulo, emocionais, escritas em diferentes cores; solicita-se à pessoa que diga, com a maior rapidez possível, as cores das palavras escritas, ignorando o seu conteúdo semântico (Sánchez & Serrano, 1997).

Trata-se de uma linha investigativa enquadrada no âmbito dos estudos dos processos cognitivos implicados em diversas respostas emocionais (Lo & Allen, 2011; Juth, Karlsson, Lundqvist & Öhman, 2000, Matheus & MacLeod, 1994). Os modelos cognitivos postulam assim que o viés atencional não seria apenas um subproduto da desordem emocional da pessoa, mas um fator de causalidade e manutenção do comportamento. Estes modelos afirmam que uma interação de estímulos resulta num círculo vicioso de pequenos aumentos graduais do distúrbio emocional. Por exemplo, no caso de pacientes com síndrome de pânico, estes têm uma crescente proeminência das sensações corporais de acordo com as suas interpretações da realidade, o que lhes causa ainda maior desconforto (Clark, 1988).

Dresler, Mériaux, Heekeren e Meer (2009) compararam indivíduos saudáveis a outros com variados graus de ansiedade, com o intuito de detetar a interferência atencional aquando da leitura de palavras positivas, negativas e neutras. Os resultados mostraram, conforme a maioria das investigações na área revelou, que existiu ativação emocional significativa em

ambas as valências emocionais (positiva e negativa), mas não na neutra. Quanto às diferenças individuais, sujeitos com ansiedade-estado apresentaram maior interferência na tarefa do que os indivíduos com ansiedade-traço, logo, resultados mais fracos na tarefa *Stroop* Emocional.

Uma meta-análise exaustiva, realizada com 47 artigos publicados, e algumas teses de doutoramento, sobre o paradigma *Stroop* Emocional na depressão, revelou efeitos robustos e consistentes de interferência *Stroop* nos quadros depressivos (estímulos negativos (.98) e estímulos positivos (.87) (Epp, Dobson, Dozois & Frewen, 2012).

Frequentemente, a tarefa *Stroop* Emocional tem sido utilizada na deteção de alterações emocionais do foro psiquiátrico (Williams & Broadbent, 1986). Nesta tarefa, as palavras com valências emocionais servem para avaliar vieses atencionais associados às mesmas (Calleja & Pozo, 2010), dado que as pessoas tendem a dirigir a sua atenção automaticamente aos significados das palavras com carga emocional (positiva ou negativa), ao invés de usar os seus recursos cognitivos para empreender a tarefa propriamente dita de nomear a cor em questão (Williams, Mathews & MacLeod, 1996). Já é consensual neste âmbito que as pessoas ligadas a quadros psicopatológicos têm tempo de reação maior perante estímulos relacionados com o seu diagnóstico (Cabaco, et al., 2002).

Os processos emocionais exercem grande influência sobre os processos cognitivos e o Teste *Stroop* Emocional é uma das metodologias mais utilizadas para investigar a associação destes fenómenos (Dresler, Mériaux, Heekeren & Meer, 2009; Williams, et al., 1996) e, para tal, são utilizadas duas estratégias. A primeira averigua o viés emocional apresentando ao sujeito estímulos tendenciosos, de maneira a que os selecione de forma a facilitar o seu desempenho nas tarefas; em contrapartida, o teste revelará se existem perturbações emocionais e baixa perceção de limiares auditivos e visuais ligados a essas escolhas. A segunda estratégia, por sua vez, pretende demonstrar o viés atencional através do desempenho do sujeito nos testes, requerendo atenção seletiva para estímulos emocionalmente relevantes; ao incluir estes estímulos, cria-se então uma interferência *Stroop* na prestação das tarefas (Burgess, Jones, Robertson, Radcliffe, Emerson, Lawler & Crow, 1981). Em suma, os resultados dos estudos nesta área de investigação revelam que os indivíduos que apresentam interferência, ao nomear as cores do teste e sendo expostos aos estímulos da sua perturbação, revelam um grau de ansiedade anormal que não ocorre quando as palavras são neutras ou não-específicas (Lo & Allen, 2011; Faccioli, Peru, Rubini & Tassinari, 2006; Juth, et al., 2000). Estes estudos têm demonstrado que o teste *Stroop* Emocional é um método cognitivo altamente eficaz (Cabaco, 1998). Já é bastante consensual na literatura que o efeito de interferência se encontra nos diversos comportamentos clínicos, sobretudo nas psicopatologias da ansiedade (Torres, Hernández-Pozo, Castillo, Coronado & Cerezo, 2009), depressão, perturbações alimentares (Camacho-Ruiz, Mancilla-Díaz, Escoto-Ponce De León & Yáñez-Téllez, 2009; Ruiz, León & Díaz, 2008; Torres & Guerra, 2003) e síndrome do pânico (Quero, Baños & Botella, 2000), entre outras.

1.3.5. Estudos com o Teste *Stroop* emocional

O Teste emocional de *Stroop* consiste numa tarefa em que o desempenho na variável dependente é prejudicado em resultado de um deslocamento da atenção para aspetos alternativos mais salientes da apresentação dos estímulos. Concentramo-nos no Teste de *Stroop* não apenas por ter sido o mais geralmente utilizado na literatura da cognição e emoção (dando origem a mais dados sobre as suas causas e correlatos) como também por ser o maior corpo de investigação sobre o paradigma não-emocional, o que permite uma discussão mais alargada sobre os possíveis mecanismos implicados. Alguns estudos têm demonstrado a existência de enviesamento atencional em vários quadros de ansiedade, sendo consensual a correlação significativa com atrasos nas respostas (Fava, Kristensen, Melo & Araújo, 2009; Montagnero, 2004; Mogg, Bradley, Williams & Mathews, 1993; Mogg, Bradley, Millar, & White, 1995). Por exemplo, um estudo com o objetivo de construir uma tarefa *Stroop* Emocional para avaliação da existência de um viés ameaçador na leitura de palavras ansiógenas, em mulheres com transtorno de ansiedade generalizada, utilizou uma amostra composta por 22 mulheres, 12 diagnosticadas com transtorno de ansiedade generalizada e 10 sem o diagnóstico (grupo normativo). Utilizaram, para seleção das palavras ansiógenas e não ansiógenas, o banco de palavras ANEW (Bradley & Lang, 1999), bem como um júri constituído por 6 psicoterapeutas experientes. Os resultados provaram que a tarefa desenvolvida foi suficientemente sensível para detetar vieses atencionais de estímulos percecionados como ameaçadores, tornando-se numa ferramenta eficaz para uso clínico (Fava, et al., 2009).

Pérez, Riviera, Amparo e Rodríguez (1999) investigaram o processamento seletivo atencional na depressão, utilizando o *Stroop* Emocional e, para o efeito, selecionaram 81 pessoas com o diagnóstico: 15 com depressão major, 17 com distímia, 11 com pontuação superior a 18 no Inventário de Depressão de Beck (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979), 15 com humor triste e 23 pessoas com humor normal (grupo normativo). Todos os participantes realizaram a tarefa de *Stroop* Emocional, mas apenas o grupo de pacientes com depressão major mostrou viés atencional que prejudicou a prestação das tarefas. Os autores concluíram então que parece não haver vulnerabilidade cognitiva/atencional significativa para os estados depressivos na sua globalidade, mas apenas em graus mais acentuados.

Mais recentemente, com o objetivo de criar um *Stroop* Emocional para deteção de sintomas depressivos, em Portugal, Martínez (2012) dividiu o seu estudo em três fases para a construção das lâminas do teste. A primeira fase foi reservada para obtenção das palavras das lâminas neutras, positivas e negativas; a segunda para validação das palavras; e a terceira para constituição da formulação do teste *Stroop* Emocional. Em cada fase utilizou-se um número de amostra similar, recorrendo a profissionais de Música, Saúde Mental e alunos de uma universidade portuguesa (N=300), com média de idade de 21,91 anos. O estudo também recorreu a pessoas de uma instituição portuguesa (N=60) (no mesmo local da amostra universitária), com e sem diagnóstico de depressão, com média de idade de 32,52 anos. Os

resultados revelaram diferenças estatisticamente significativas nas palavras neutras entre pessoas com depressão ($M=56,27$) e sem depressão ($M=61,30$), acontecendo o mesmo com as palavras positivas entre depressivos ($M=54,17$) e não-depressivos ($M=58,67$). Por fim, fez-se o mesmo com a lâmina das palavras negativas, tendo-se registado uma média atencional superior e significativa nas pessoas sem depressão ($M=57,03$), comparativamente com as pessoas com o diagnóstico de depressão ($M=51,97$). Desta forma, os resultados sugerem que o teste *Stroop* Emocional para deteção de sintomas depressivos pode ser utilizado em Portugal com o fim para o qual foi criado.

1.3.6. *Stroop* Emocional e Alexitimia

Sánchez e Serrano (1997) realizaram um estudo experimental para verificar o processamento de informações emocionais em alexitímicos, em 10 homens e 45 mulheres ($N=55$), com média etária de 19,67. A amostra foi selecionada de forma aleatória na Universidade de Múrcia (alunos de psicologia). Aplicaram uma tarefa *Stroop* Emocional computadorizada, utilizando duas lâminas: a primeira com palavras emocionalmente aversivas (por exemplo, SIDA) e a segunda lâmina com palavras neutras (por exemplo, óculos e porta), e curiosamente, os alexitímicos demoraram menos tempo a responder ao teste *Stroop* Emocional. Os autores supõem que isto aconteceu porque eles, talvez, sejam menos competentes em detetar estímulos emocionais relevantes comparativamente às outras pessoas que não apresentam traços alexitímicos.

O que já é documentado na literatura quanto ao processamento emocional de pessoas com índices significativos de Alexitimia, é que são, de facto, mais lentos, do ponto de vista cognitivo, em identificar expressões faciais (Vitorino, Soares & Cunha, 2013). Contudo, é necessário investigar mais se o mesmo ocorre em relação à leitura de palavras com conteúdo emocional, o que de certa forma estamos a iniciar com a criação do Teste *Stroop* com *screening* para a Alexitimia.

1.4. *Mindfulness*

1.4.1. Conceito de *Mindfulness*

As alterações culturais dão-se de muitas formas, inclusive de forma negativa, para o ser humano. Por exemplo, é comum ver as pessoas empreenderem várias atividades ao mesmo tempo, sem se aperceberem dos objetivos das mesmas, negligenciando o presente em função de pensamentos e sentimentos passados e futuros (Hayés, 2004; Kabat-Zinn, 1990). Esta forma de agir limita a gama de respostas possíveis na interação entre os estímulos e as respostas ambientais (Vandenberghe & Sousa, 2006), bem como se relaciona com o evitamento dos aspetos negativos, embora importantes, da vida (Hayes, Pankey & Gregg, 2002). Desta forma, é correto afirmar que o processamento cerebral é, em grande parte, gerido pelo inconsciente. Nesta perspetiva, os seres humanos funcionam maioritariamente num sistema chamado piloto automático (comportamento automático). Esta produção

inconsciente das ações associa-se à conhecida complexidade das interações ambientais, que permitem aos seres humanos obterem a sua sobrevivência e gratificações comportamentais e sociais; porém, não informa quando ocorrem erros a favor dessas ações (hábitos). Já o processamento das ações conscientes (menos frequentes) auxilia no sentido de direcionar as ações conscientes para situações mais exigentes que requeiram o uso das funções superiores do cérebro (reflexão, planeamento, inovação e criatividade); não traduzindo as ações literalmente (apenas parcialmente) mas evidenciando o comportamento final (Callegaro, 2011). Atendendo a que as pessoas funcionam amplamente na perspetiva de piloto automático, a prática do *Mindfulness* serve para trazer mais consciência às ações do quotidiano. Atualmente, o *Mindfulness* é considerado um método eficaz no aumento da perceção e atenção humana (sobre eventos internos (pensamentos, emoções, sensações físicas) e externos (componentes do *Mindfulness*) (Castro, 2014; Brown e Ryan, 2003).

Para Kabat-Zinn (2005), praticar o *Mindfulness* é essencial para termos uma maior consciência da vida; enquanto o hábito de ignorarmos o momento presente em função de outros nos conduz a uma total ignorância da mesma. Partilhando a mesma ideia, Carlson (2013) investigou a relação entre o *Mindfulness* e o autoconhecimento humano, confirmando a sua hipótese principal de que existe uma ligação positiva entre estas duas variáveis. O autor referiu ainda duas barreiras possíveis de serem colmatadas no caminho para o autoconhecimento (praticando o *Mindfulness*): as barreiras de informação (ou seja, a quantidade e a qualidade da informação que as pessoas têm sobre si mesmas) e as barreiras de motivação (ou seja, os motivos de ego-proteção que afetam o modo como as pessoas processam informações sobre si mesmas). Outro autor já havia mencionado que a prática do *Mindfulness* aumenta significativamente níveis de consciência plena e autoconhecimento (Iñárrit, 2010). Além disso, Chatzisarantes e Hagger (2007) acrescentaram que esta prática revela maior coerência de sentimentos, emoções e ações entre os praticantes de *Mindfulness*, bem como melhoras das relações inter e intrapessoais (Davis & Hayes, 2011).

Nos últimos anos, através da terceira geração das terapias cognitivo-comportamentais, tem crescido o interesse pelos efeitos do *Mindfulness* (Larraburu, 2009). A primeira geração foi iniciada nos anos de 1960, por uma abordagem estritamente comportamentalista, seguida pela segunda geração, nos anos de 1970, por uma abordagem maioritariamente cognitivista. A terceira geração, a atual, veio incluir, além dos preceitos das gerações anteriores, práticas ligadas ao treino atencional (consciência plena, aceitação, compaixão e abertura a novas experiências) (Pereira, 2013). A expressão *Mindfulness* é a tradução do termo Sati para o inglês, na linguagem budista “Pali”, significando possuir uma mente totalmente vigilante ao momento atual (Larraburu, 2009; Sillt Society, 1921, 1925 cit. por Sillifant, 2007; Vandenberghe & Sousa, 2006). Segundo Ramos e Hernández (2008) o *Mindfulness* é a capacidade de estar plenamente atento aos conteúdos da mente, momento a momento

(identidade, comportamento, pensamento, emoções e sentimentos), sem atribuições de juízos de valor de nenhum aspeto.

A consciência e a atenção plena podem ser definidas ainda como um foco atencional intencional a um dado estímulo (concentração) (Mañas, Justo, Montoya & Montoya, 2014), de maneira a que o indivíduo aborde em benefício próprio, se necessário, o seu processamento consciente (Castro, 2014). Trata-se, assim, de um fenómeno exclusivamente cognitivo que tem como efeito principal o desenvolvimento da atenção concentrada. Segundo Símon (2007), o aumento da concentração pode trazer um estado de serenidade coerente com uma melhor compreensão da realidade (tanto interna como externa). Vandenberghe e Sousa (2006) acrescentam ainda que, para prestar atenção, de forma intencional, sem produzir julgamentos das situações, o conteúdo dos pensamentos e sentimentos deve ser vivenciado inteiramente da forma como se apresenta (sem inferências, interpretações ou racionalizações).

1.4.2. Critérios do conceito *Mindfulness*

Germer (2005) referiu três elementos que devem ser tidos em conta na prática do *Mindfulness*: 1) ter consciência, 2) atenção plena à experiência presente, 3) e aceitação de tudo o que possa surgir no momento. Shapiro, Carlson, Astin e Freedman (2006), numa perspetiva mais ligada à segunda geração das terapias cognitivo-comportamentais, classificaram também três elementos para o *Mindfulness*: intenção, atenção e atitude. Estes autores explicaram que as três componentes ocorrem num único processo de autorregulação, flexibilidade cognitiva e comportamental e exposição à experiência (McCown, Reibel & Micozzi, 2010). Já Maña, Justo e Faisey (2009) descreveram quatro elementos: ter consciência do corpo, reconhecendo-o e observando-o nas suas posições e movimentos; ter consciência das sensações, reconhecendo-as como agradáveis, desagradáveis ou neutras; ter consciência da mente (auto-observação dos processos mentais); e ter consciência dos objetos mentais enquanto fenómenos da mente.

Em congruência com as várias investigações, Castro (2014) recentemente referiu que o *Mindfulness* parece tratar-se de um estado atencional que requer consciência ampliada dos próprios pensamentos, emoções, sentimentos, sensações corporais e ações, no momento presente, sem realização de julgamentos, críticas ou autocríticas; ou seja, trata-se, para esta autora, de uma consciência honesta daquilo que acontece no presente, num claro estado atencional diferenciado. No entanto, Ivanovski e Malhi (2007) e Gunaratana (2002) contrapuseram a tentativa de definições, argumentando que o *Mindfulness* é um conceito de natureza não-verbal, sendo, por isso, difícil, ou mesmo impossível, descrevê-lo por palavras.

Bishop, Lau, Shapiro, Carlson, Anderson, Carmody, Segal, et al., (2004) concetualizaram o *Mindfulness* como um conjunto de competências, ou aptidões, que devem ser praticadas com o objetivo transversal e convencional de melhorar níveis de saúde e bem-estar humano (Baer,

Smith, Hopkins, Krietemeyer, 2006). Por essa razão, a grande maioria dos autores preconiza que a prática tem como objetivo primário a adaptação e a flexibilidade a problemas difíceis da vida.

1.4.3. Funcionamento cognitivo e psicológico em *Mindfulness*

As neurociências, e em especial a neurociência cognitiva e afetiva, também têm vindo a mostrar interesse pelos benefícios do *Mindfulness* no campo das cognições e emoções humanas. As técnicas de neuroimagem, por exemplo, têm permitido o conhecimento de correlações neurobiológicas entre emoções, estados afetivos e áreas cerebrais envolvidas (com alguma precisão) (Símon, 2007). Segundo Siegel (2007), parece existir mesmo uma influência positiva do *Mindfulness* sobre a saúde psicológica do ser humano. De acordo com este autor, a prática favorece a interação entre duas componentes importantes da experiência humana (a energia psíquica vivenciada e o fluxo de informações percebidas); as pessoas com melhor consciência e atenção ao momento presente apresentam maior capacidade intencional para alterar, em benefício próprio, as suas experiências mentais. Por exemplo, indivíduos com ansiedade e depressão que pratiquem de modo eficaz o *Mindfulness* podem criar um mundo interno voltado à recuperação da sua saúde mental, desprendendo-se de antigos hábitos que causaram os disparos neurais responsáveis pela criação da psicopatologia. A este processo de fortalecimento e crescimento sináptico, formador de padrões mentais através da repetição de uma prática, designa-se de neuroplasticidade; inclui a transformação de um estado temporário (traço) para um mais duradouro (estado) do indivíduo. Davis e Hayes (2011) mencionaram, ainda, que o *Mindfulness* tem sido associado a benefícios efetivos de regulação emocional e comportamental, bem como a aumento de respostas adaptativas face ao ambiente (fenómenos de neuroplasticidade). Não restam dúvidas de que a atenção plena melhora as habilidades de auto-observação do ser humano, que na linguagem da neurologia significa treino atencional, aumentando, desta forma, a flexibilidade cognitiva. Assim, a atenção pelos próprios processos mentais, implicada na ativação de zonas mediadas pelo córtex pré-frontal (mediada pela auto-observação), gera um estado de consciência aguçado que proporciona respostas mais flexíveis às situações. Desta forma, a atenção plena, quando praticada sistematicamente, tem a função de ativar áreas (aspectos cognitivos, afetivos e motores) integrativas do cérebro, responsáveis por motivar e estabelecer comportamentos (contrariando os processos automáticos) (Símon, 2007).

1.4.4. Eficácia do *Mindfulness* no âmbito psicoterapêutico

Em contexto psicoterapêutico, o *Mindfulness* tem sido utilizado como um método, técnica ou resultado de um processo psicológico (Hayes & Wilson, 2003) altamente associado a índices de bem-estar, saúde física e mental e baixa incidência de transtornos psicológicos (Castro, 2014; Baer, et al., 2006).

Atualmente, vários modelos psicoterapêuticos procuram, nos seus tratamentos, basear-se nas perspectivas do *Mindfulness* (Christopher, Christopher & Charoensuk, 2009), sendo eles: 1) a Terapia cognitiva baseada em *Mindfulness* (MBCT) (Vandenbergue & Assunção, 2009; Chambers Barbara Chuen YeeLo & Clark, 2008; Vandenbergue & Souza, 2006; Segal, Williams e Teasdale, 2002); 2) a Terapia comportamental dialética (TCD) (Hayes, Masuda, Bissett, Luoma & Guerrero, 2004; Linehan, 1993); 3) a Terapia da aceitação e compromisso (ACT) (Hayes, et al., 2004; Wilson & Luciano, 2002; Hayes, Strosahl e Wilson, 1999). Todas as terapias apoiam a ideia de que os pressupostos do *Mindfulness* maximizam resultados psicoterapêuticos em âmbito clínico.

1.4.5. Programas Psicoeducativos em *Mindfulness*

Os programas, com base nos preceitos do *Mindfulness*, visam diminuir *Sintomas Psicopatológicos*, aumentar a QV e aumentar aspetos gerais de saúde (Keng, Smoski & Robins, 2011). Estes programas incidem também sobre vários aspetos do pensamento recorrente (mais conhecido na literatura como ruminativo), na medida em que se repetem. Segundo Didonna (2009), existe a possibilidade de nos desprendermos dos nossos próprios pensamentos, libertar-nos da ideia recorrente de que devemos pensar e repensar continuamente sobre os assuntos para nos considerarmos pessoas “normais”. O *Mindfulness* postula justamente o contrário, ou seja, que os nossos pensamentos podem (e devem) desvincular-se da importância que lhes atribuímos, fazendo-nos observar o quanto eles nada ou pouco têm a ver com a realidade.

Entre os programas em *Mindfulness*, o que tem tido maior destaque é o *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) (Kabat-Zinn, 1990, 2003), desenvolvido por Kabat-Zinn. O MBSR é um programa psicoeducativo com o objetivo principal de reduzir níveis de *stress* dos praticantes; sendo tanto aplicável à população clínica como não clínica (Chiesa & Serreti, 2009; Shapiro, Brown & Biegel, 2007). Consiste na formação de um grupo até 30 pessoas, com realização de 8-12 sessões semanais e duração de mais ou menos 2 horas e meia cada sessão. Além disso, orienta-se aos participantes que reservem uma hora por dia para a prática dos exercícios formais e informais, bem como um dia por semana para a prática intensiva do *Mindfulness* (Castro, 2014). As principais técnicas e exercícios são alicerçados pelo treino da atenção (respiração, sensações corpóreas, meditação e atividades quotidianas) (Kabat-Zinn, 2003, 1990).

1.4.6. Estudos sobre o cancro e o *Mindfulness*

Diversos autores afirmam a efetividade da prática do *Mindfulness* em pacientes com cancro (Castro, 2014; Hopco, Bell, Armento, Robertson, Mullane, Wolfe & Lejuez, 2008; Specia, Carlson & Goodey, 2000; Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby & Lau, 2000). Por exemplo, existem evidências claras de que esta prática reduz o *stress* e aumenta a percepção

de QV no grupo de pacientes com cancro da mama e próstata (Carlson, Speca, Faris & Patel, 2007).

Neste mesmo sentido, um estudo realizado por Shapiro, Bootzin, Figueredo, Lopez & Schwartz (2003) demonstrou que um grupo de mulheres com cancro da mama participantes no programa MBSR obtiveram melhores resultados de qualidade do sono comparativamente a um grupo controlo (que realizou apenas tarefas de gestão do *stress*); este estudo confirma o que a literatura vem corroborando a respeito da redução de ansiedade e depressão em mulheres com cancro da mama, quando avaliadas em escalas psicométricas de ajuste mental ao cancro (Moreira, Silva e Canavarro, 2008; Tacón, Caldera & Ronaghan, 2004).

Evans e Connis (1995) avaliaram a eficácia de duas terapias de grupo (terapia cognitivo-comportamental e focada no suporte social) sobre a prática do *Mindfulness*, em contexto oncológico. Os autores compararam os resultados a um grupo controlo (sem terapia e sem prática do *Mindfulness*), reunindo uma amostra composta por doentes oncológicos deprimidos em tratamentos radioterápicos. As conclusões revelaram que ambos os grupos terapêuticos obtiveram melhorias em relação ao grupo controlo, mas apenas o grupo com acesso a sessões de terapia focada no suporte social (também utilizando o *Mindfulness*) melhorou significativamente, demonstrando efeitos mais duradouros de até seis meses após o tratamento.

Foley, Bailie, Huxter, Prince e Sinclair (2010) avaliaram a efetividade da terapia cognitiva específica em *Mindfulness* (MBCT) em pacientes com cancro. Os participantes da amostra apresentaram diminuição dos sintomas depressivos, ansiosos e de *stress*. Além disso, o *Mindfulness* teve forte interação com a melhoria da QV.

O objetivo do estudo de León, Mirapeix, Blasco, Jovell, Arcusa, Martíns e Seguí (2013) foi comparar a eficácia de uma intervenção em *Mindfulness* (MBSR) a outro programa psicoeducativo padrão (sem *Mindfulness*), numa amostra de pacientes oncológicos, com o objetivo de verificar níveis de ansiedade-traço, ansiedade-estado, depressão e QV entre grupos (com pré-e pós testes). O grupo experimental teve dez sessões semanais de duas horas e meia cada (com *Mindfulness*), e o grupo controlo participou em oito sessões semanais, também com duração de duas horas e meia cada (sem *Mindfulness*). O grupo experimental apresentou melhoria em todas as medidas (depressão, ansiedade-traço, ansiedade-estado e QV) avaliadas, enquanto o grupo controlo só melhorou na variável ansiedade-estado. As conclusões foram claras no que se refere à eficácia do programa MBSR, reduzindo significativamente o mal-estar e aumentando o bem-estar psicológico do grupo experimental).

Mais recentemente ainda, num estudo piloto, Casado, Guerrero, Zanin e Budía (2014) avaliaram a eficácia de outro programa em *Mindfulness*, o REBAP (Reducción del estrés basado en la Atención Plena/*Mindfulness*), num grupo de pacientes com cancro, dor crónica e

transplantados de órgãos, após alta hospitalar. Foram aplicadas oito sessões de grupo com o objetivo principal de tornar os participantes mais competentes emocionalmente no processo de pós-alta hospitalar. O REBAP mostrou-se eficaz na medida em que os participantes preservaram os valores de autoestima e mostraram maior aceitação das limitações decorrentes da patologia na fase de recuperação da doença.

Capítulo 3

1. Funcionamento Emocional

1.1. Emoções

Uma emoção é um conjunto de alterações corporais associadas a certas imagens mentais que ativam áreas específicas do cérebro. Assim, uma análise aprofundada da literatura permite identificar três elementos que compõem as emoções, nomeadamente: 1) vivência consciente; 2) reação psicofisiológica; 3) e expressividade emocional (Freitas- Magalhães, 2011; Freire, 2010). A vivência consciente refere-se à presença de reações ou alterações fisiológicas padronizadas (por exemplo, aumento da frequência cardíaca, pressão arterial e condutância epitelial) (Cacioppo & Gardner, 1999; Ekman & Rosenberg, 1997; Levenson, Ekman, Heider & Friesen, 1992). A reação psicofisiológica diz respeito à tendência natural para a ação, como por exemplo, posicionar-se para o ataque ou para a fuga (Lazarus, 1991). A terceira e última componente, a expressividade emocional, refere-se à experiência individual de expressão emocional e indica crenças subjacentes à experiência (sinais verbais e não-verbais) (Freitas- Magalhães, 2011; Freire, 2010; Vallerand & Blanchard, 2000; Seidl & Gimenes, 1997; Lazarus, 1991).

Para Gratz e Roemer (2008) e Tomaz e Giugliano (1997) as emoções podem ser designadas em três níveis: primárias, secundárias ou instrumentais. As emoções primárias relacionam-se com a sobrevivência (Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2010; Vasco, 2009); são controladas pelo sistema límbico, inatamente, de modo a que o indivíduo responda eficazmente às contingências do meio. As emoções secundárias estão relacionadas com outras emoções, primárias, que as ocultam; aprendidas, avaliadas e controladas pela própria pessoa através de estruturas cerebrais ligadas à memória e às experiências individuais (córtex cerebral e sistema límbico). Défices integrativos destas funções podem levar à desregulação emocional (Gratz & Roemer, 2008; Tomaz & Giuliano, 1997). Por último, as emoções instrumentais relacionam-se com o exercício de influência sobre os outros (empatia). António Damásio (2000) também fez referência a três níveis de emoções, classificando as várias emoções nesses níveis: primário, secundário e de fundo. As emoções básicas classificadas pelo autor são alegria, tristeza, medo, raiva, surpresa e repugnância; emoções secundárias, o embaraço, ciúme, orgulho, entre outras; e as emoções de fundo, bem-estar, mal-estar, calma ou tensão.

Tem sido regularmente sustentado na literatura que as emoções apresentam uma base química e outra neural, derivada de ativações cerebrais específicas que preparam o

organismo para atuar diferenciada e consistentemente conforme as situações (Freitas-Magalhães, 2011; Damásio, 2000; Goleman, 1995). Neste sentido, Damásio dividiu as emoções humanas em duas componentes: uma física e outra mental, quantificáveis em respostas químicas e neurais observáveis por uma terceira pessoa (Freitas-Magalhães, 2011; Freire, 2010). Ekman também contribui com estudos neurológicos, que o fizeram enunciar algumas premissas sobre as emoções: a emoção positiva é mediada pelo hemisfério esquerdo do córtex enquanto a emoção negativa pelo direito (lateralização); a emoção que acompanha o sentimento de aproximação é mediada pelo hemisfério esquerdo e a emoção que acompanha o sentimento de afastamento pelo direito (eferência); as emoções provocam expressões faciais distintas conforme a eferência (Freitas-Magalhães, 2011). Várias investigações, ainda neste contexto, com igual intuito de classificar áreas de ativação cerebral, implicadas nas emoções, revelaram que alterações funcionais e estruturais no córtex cingulado anterior estão relacionadas com o aumento da atividade no córtex cingulado anterior mediante imagens positivas, e diminuição da mesma atividade mediante imagens negativas, como, por exemplo, a raiva (Vitorino, Soares & Cunha, 2013; Vermeulen, Todars, Mello, Sprick, Kemper, Alea, Richel, et al., 2008; Vermeulen, Luminet & Corneille, 2006; Kano, Shin, Gyoba, Kamashi, Tagawa, Moshizuki, Itoh, Hongo, & Yanai, 2003; Van De Moortele, Rouquette, Consoli & Martinot, 2002; Berthoz, Artiges, Van de Moortele, Poline, Rouquette, Consoli & Martinot, 2002; Pham, Wager, Taylor, & Liberzon, 2002; Allman, Hakeem, Erwin & Hof, 2001; Blair, Morris, Frith, Perrett & Dolan, 1999; Nimchinsky, Vogt, Morrison & Hof, 1995). É de referir que os sentimentos se processam de um modo diferente, são fruto da percepção subjetiva dessas reações emocionais, portanto, experiências acessíveis somente à própria pessoa e jamais a outros (Freire, 2010). Esta consciência emocional consiste na capacidade de ter consciência das próprias emoções e do outro, numa determinada situação. Este conceito implica, desta forma, ter consciência das próprias emoções, atribuindo-lhes nome e compreendendo a emoção dos outros. Por esta razão, Damásio mostra que as emoções permitem à pessoa tomar decisões mais complicadas com discernimento; permitem, em plena consciência, fazer a distinção entre aquilo que é importante e aquilo que é acessório. Para este autor, sem as emoções, nem sequer é possível ser-se razoável.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) declara que o cancro causa dor e desconforto físico, bem como impacto de ordem psicológica na pessoa acometida pela doença, tanto para ela própria, como para os seus familiares. Em países subdesenvolvidos, esse impacto torna-se maior pelo seu sistema de saúde que, na maior parte dos casos, não atende adequadamente às necessidades dos pacientes.

A doença é uma fonte inquestionável de sofrimento (Oliveira, 2007), conforme menciona Gameiro (1999), ao afirmar que realmente se trata de uma das formas mais evidentes de se sentir dor e temor face à ameaça à integridade física e psicológica. McIntyre (1995) define o sofrimento na doença como “um estado de desconforto que envolve uma perda, ou ameaça

de perda, ao nível da identidade e integridade da pessoa” (p.21). Por isso, os conceitos de perda e sofrimento na doença encontram-se altamente relacionados na literatura (Oliveira, 2007; McIntyre, 2004). Em psicologia oncológica, na maioria das vezes, o sofrimento é conceptualizado em termos clínicos e psicopatológicos. Desta forma, associa-se o sofrimento psicológico na doença a respostas emocionais mal-adaptativas, reportando-se aos distúrbios de ansiedade, *stress* e depressão (Costa, 2015). Serra (2002) definiu estilos de coping como estratégias (internas ou externas) utilizadas para lidar com esses acontecimentos stressantes da vida. A resposta aos acontecimentos stressantes é considerada eficaz quando a desordem psicológica sentida é reduzida aos níveis protetores e promotores de bem-estar (Gameiro, 1999; McIntyre, 1995; Lazarus e Folkman, 1984).

Em resumo, embora o diagnóstico do cancro seja emocionalmente vivido de modo diverso por cada indivíduo, constitui sempre uma ameaça à vida, com a qual o doente tem que lidar (Rowland, 1989). O significado individual do diagnóstico do cancro, assim como todas as suas consequências, são fonte de uma complexa diversidade de problemas a enfrentar pelo próprio e pela sua família (Varela & Leal, 2007).

1.2. Alexitimia

1.2.1. Definição da Alexitimia

A palavra Alexitimia, derivada do Grego e do Latim, significa literalmente não ter (*a*) palavras (*lexus*) para emoções (*thymus*); foi sugerida por Sifneos em 1972, ao referir-se às dificuldades dos seus pacientes na expressão emocional ao nível do discurso (Fonseca, 2012; Veríssimo, 2011; Freire, 2010; Souto, 2000; Sifneos, 1972/1977, 1991). Posteriormente, Nemiah, Freyberger e Sifneos (1976) acrescentaram que a Alexitimia é um modo menos simbólico de expressar as emoções através de palavras e/ou imagens.

Devido às primeiras investigações neste tema advirem de populações exclusivamente clínicas, inicialmente considerou-se que a Alexitimia era um traço de personalidade com comorbilidades específicas em doenças físicas e/ou psiquiátricas. Posteriormente verificou-se que as mesmas características podiam ser encontradas, de igual forma, em populações não-clínicas. Apesar disso, a Alexitimia continua, ainda hoje, mais associada à área da saúde (populações clínicas) em geral (Grynberg, Chang, Corneille, Maurage, Vermeulen, Berthoz & Luminet, 2012; Carneiro & Yoshida, 2009; Stephenson, 1996; Souto, 2000).

Para diminuir o número de concepções sobre a Alexitimia, Nemiah e Sifneos (1970) e Taylor, Bagby e Parker (1997) destacaram três grandes características para o constructo: dificuldades comunicacionais em identificar e descrever verbalmente as emoções, sentimentos e sensações corporais (Valente, 2012; Carneiro & Yoshida, 2009; Souto, 2000; Sifneos, 1970; 1972; Goleman, 1995); escassez de sonhos e incapacidade para simbolizar ou relacionar afeto e fantasia; e, por último, estilo de pensamento concreto, utilitário e voltado para o exterior

(Carneiro & Yoshiba, 2009; Souto, 2000; Taylor, 2000; Prazeres, 2000; Pedinielli e Rouan, 1998; Lumley, Ovies, Stettner, Wehmer & Lakey, 1996; Stephenson, 1996; Haviland & Reise, 1996; Fonte, 1993). Além dessas características, Krystal (1979) acrescentou outras, caracterizadas e reconhecidas como secundárias do construto da Alexitimia, designadamente: comportamento rígido e excessivamente dependente de convenções sociais; dificuldades em empatizar com os outros; relações sociais estereotipadas ou evitativas; impulsividade como expressão de conflitos; personalidade pouco desenvolvida (imatura) (Ruesch, 1948); e resistência à psicoterapia.

1.2.2. Etiologia da Alexitimia

Em relação à etiologia, logo no início dos estudos nessa área, Sifneos, Apfel-Savitz e Frankel (1977) e Apfel e Sifneos (1979), apontaram uma variedade de prováveis fatores etiológicos para a Alexitimia: genéticos, fisiológicos, neuroanatômicos, psicossociais e desenvolvimentais. Entretanto, em 1991, Sifneos, propôs que estas etiologias fossem classificadas em dois tipos de Alexitimia: as de origem biológica e as de origem psicossocial (ou desenvolvimental). Na mesma tendência, Pedinielli e Rouan (1998), influenciados por pesquisadores europeus, também propuseram duas classificações similares: Alexitimia primária e Alexitimia secundária. A Alexitimia primária adviria de irregularidades neuroanatômicas ou neurobiológicas passíveis de incidirem em doença psicossomática (Lesser, 1981), numa perspectiva estável da personalidade (Freyberger, 1977). A teoria neurobiológica que sustenta esta hipótese pressupõe a existência de uma falha comunicacional entre o sistema límbico e o córtex cerebral (Freire, 2010; Mériaux, Wartenburger, Kazzer, Prehn, Lammers, Meer, Villringer & Heekeren, 2006; Veríssimo, 2005; Bermond, 2003; Taylor, 1984; 1994; Sifneos, 1991; Salovey & Mayer, 1990) que interfere diretamente no processamento cerebral das emoções. Esta falha comunicacional interhemisférica prejudicaria a capacidade dos indivíduos para identificar e comunicar verdadeiros estados emocionais (Mériaux, et al., 2006; Kano et al., 2003; Lesser, 1981). A Alexitimia secundária, por outro lado, seria um mecanismo de defesa contra emoções negativas decorrentes de uma doença física e/ou psicopatológica (Freyberger, 1977; Lesser, 1981); seria, neste caso, uma reação a traumas vividos na infância, ou mesmo na idade adulta; mas sobretudo na infância, devido ao risco acrescido da criança comprometer o desenvolvimento da linguagem numa fase tão importante, a pré-verbal (Pedinielli e Rouan, 1998; Pedinielle, 1992; Sifneos, 1991; Von Rad; 1983, 1984; Lesser, 1981). Nos adultos, a reação a estes traumas poderia advir de acontecimentos de vida com uma carga emocional negativa altíssima (Freyberger, 1977) que viriam a comprometer funções e estruturas do psiquismo (Veríssimo, 2011; Sifneos, 1991; Taylor, 1984). Taylor (1994) explicou que as consequências vivenciais destes traumas se revelariam no campo das emoções (afetividade), e se expressariam na forma de doenças somáticas e comportamentais. Numa amostra clínica utilizando a Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), Troisi, D'Argenio, Peracchio & Petti (2001) encontraram, no seu estudo, resultados que apontam para uma possibilidade real de os fatores desenvolvimentais estarem

na base etiológica da Alexitimia, dado que pacientes com estilo vincutivo preocupado ou evitante apresentaram maiores índices de Alexitimia (65% e 73%, respetivamente) comparativamente com pacientes com estilo desligado (36%). Desta forma, é comum que os autores defensores de uma base desenvolvimental relacionem regularmente a Alexitimia às teorias da vinculação e dos afetos para explicar os seus princípios (Troisi, et al., 2001; Scheidt, Waller, Schnock, Becker-Stoll, Zimmermann, Lucking & Wirsching, 1999; Taylor, et al., 1997; Lane & Schwartz, 1987). Os estudos não revelam consenso sobre o que causa decisivamente a Alexitimia. Os próprios autores admitem não ser essa a intenção, já que existem evidências suficientes para não a considerar como um fenómeno de tudo ou nada; e mais do que isso, um problema passível de atingir qualquer pessoa (Fernandes e Tomé, 2001; Fukunishi, Kikuchi & Wogan, 1997; Shipko, 1982; Taylor, 1984; Von Rad, 1983, 1984). Para Taylor e colaboradores (1997) é necessário, ainda, aproveitar estes ganhos em termos conceituais para criar medidas terapêuticas direcionadas à intervenção da Alexitimia, nomeadamente ligadas à regulação das emoções. Taylor (1984) já tinha referido a importância de avaliar a Alexitimia enquanto uma condição comórbida das perturbações, não como um traço das perturbações psiquiátricas a que tem sido associada. Mais recentemente, Ogrodniczuk, Piper e Joyce (2005), defenderam a mesma ideia, acrescentando que a Alexitimia devia ser avaliada apenas como uma característica psicológica dos pensamentos, sentimentos e processos relacionados e nada mais (Vasco & Watson, 2013; Silva, 2008; Prazeres, 2000; Goleman, 1995; Krystal, 1979).

Diversas investigações atribuem este facto às dificuldades em analisar os alexitímicos em psicoterapia (Krystal, 1979), por apresentarem fracos resultados em psicoterapia, ou seja, pouca eficácia nos tratamentos terapêuticos (Ogrodniczuk, Piper & Joyce, 2011; Leweke, Bausch, Leichsenring, Walter & Stingl, 2009; McCallum, Piper, Ogrodniczuk & Joyce, 2003) e ainda, presença de sintomas residuais após a psicoterapia (Ogrodniczuk, Piper & Joyce, 2004).

1.2.3. Áreas relacionadas à Alexitimia

A literatura relaciona o construto da Alexitimia a três grandes áreas: afetiva, cognitiva e interpessoal (Veríssimo, 2011; Souto, 2000; Carneiro & Yoshida, 2009; Taylor, et al., 1997; Lolas & Von Rad, 1989).

Na área afetiva, os sintomas alexitímicos caracterizam-se por dificuldades em reconhecer, descrever e discriminar as emoções, os sentimentos e as sensações corporais (Prazeres, 2000). Os investigadores concordam que, a um nível primário, ou seja, de um ponto de vista puramente fisiológico, as emoções desempenham suas funções normais; os problemas só surgem quando é necessário gerir essas emoções de forma voluntária, a um nível superior (secundário) de regulação das emoções (Luminet, Rimé, Bagby & Taylor, 2004; Goleman, 1995; Taylor, 1994; McDougall, 1982). A regulação emocional é definida na literatura pela capacidade de manusear as emoções de forma adaptativa com as situações apresentadas nos diversos contextos, o que resulta numa interação entre emoção, cognição e comportamento

(Alzina & Escoda, 2007). Gross (2008) defende que este construto pode ser definido pela capacidade do indivíduo em criar estratégias de autorregulação que resultem em reparação de estados afetivos negativos (passando a positivos). Para disfarçar dificuldades nessa área, McDougall (1991, citado por Prazeres, 2000) preveniu que os alexitímicos tendem a utilizar manobras de compensação como mostrar sensatez e adaptabilidade social voluntária, a um nível social, mesmo não compreendendo a essência das relações interpessoais humanas.

Na área cognitiva, os sintomas alexitímicos processam-se através de défices cognitivos ligeiros, capazes de alterar padrões de pensamentos, afetos e comportamentos (Prazeres, 2000). É o que a investigação tem demonstrado ao provar a relação entre a Alexitimia e os enviesamentos cognitivos do padrão regulatório emocional. Os baixos níveis de Inteligência Emocional (IE), apresentados por sujeitos alexitímicos, contribuem igualmente para uma escassa consciência de si próprio, das próprias emoções e dos outros. Estas dificuldades levam-nos a distorcer todo o conteúdo emocional, incidindo numa linguagem desprovida de significado, cuja capacidade simbólica e o valor da sublimação são quase inexistentes, bem como em pobreza das competências sociais (Branco, 2006). Estas confusões afetivas perçecionadas por eles próprios, tocam a linguagem e justificam, de certa forma, a preferência destes sujeitos por referirem, em consultas médicas, somente as queixas físicas e não as emocionais (Prazeres, 2000; Goleman, 1995). Tudo isto pode ser fruto de uma marcada inflexibilidade cognitiva, que rigidifica os padrões afetivos e comportamentais (Taylor, et al., 1997) decorrentes da mesma incapacidade de representar simbolicamente conteúdos emocionais (Branco, 2005; Prazeres, 2000; Goleman, 1995).

Na área interpessoal, as relações objetais dos sujeitos alexitímicos processam-se numa ordem operatória, utilitária e pragmática (Prazeres, 2000), sendo, por isso, pouco empática (Zackheim, 2007; Lumley, et al., 1996), o que também potencializa o aumento dos níveis de solidão, dependência, depressão e ansiedade nessa população (Feldmanhall, 2013; Zackheim, 2007; Kojima, Frasure-Smith & Lespérance, 2001; Taylor, 2000), tornando-os mais vulneráveis a doenças somáticas (Zackheim, 2007).

1.2.4. Variáveis Psicossociais e Alexitimia

Parece não haver consenso na literatura quanto à associação da Alexitimia com as características sociodemográficas. Parker, Taylor e Bagby (1989) e Eizaguirre (2002) vieram mesmo a afirmar que não existe relação alguma entre a Alexitimia e variáveis sociodemográficas, como idade, sexo, nível educacional e económico, riqueza de vocabulário ou inteligência. Contudo, em contraposição a isto, diversos estudos fizeram associação entre a Alexitimia e baixo nível socioeconómico (Lumley, Mader & Gramzow, 1996; Borens, Grosse-Schultze, Jaensch, et al., 1977; Pierloot e Vinck, 1977) e educacionais (Fukunishi, et al., 1997; Lumley, et al., 1996; Kauhanen, Kaplan, Julkunen, Wilson & Salonen, 1993; Kinmayer & Robbins, 1993; Cerezo, García-Moja, Gándara & Hernández, 1988), bem como avanço gradual

da idade (Feiguine, Hulihan & Kinsman, 1982; Clement, Poirot, Paulin & Leger, 1997). No entanto, estas relações não foram encontradas noutros estudos (Fukunishi, et al., 1997; Fonte, 1993; Mann, Wise & Shay, 1992; Keltikangas-Järvinen, 1985; Smith, 1983; Mendelson, 1982; Lolas, De la Parra, Aronsohn & Collin, 1980). No que diz respeito às diferenças de género, não se verificaram diferenças significativas, embora alguns estudos tenham mostrado maior prevalência da Alexitimia no sexo masculino (Fischer e Good, 1997; Dion, 1996; Stephenson, 1996; Fonte, 1993; Smith, 1983; Shipko, 1982). Talvez esteja relacionado com o que a literatura refere a respeito das diferenças de género no que toca à expressão emocional: as mulheres expressam e percebem mais do que os homens, as suas próprias emoções e as dos outros; contudo, não é o mesmo que dizer que sentem mais emoções do que eles (Freitas- Magalhães, 2011).

É mais consensual, e menos contraditório, encontrar níveis variados de Alexitimia na população normativa e clínica (doenças orgânicas e psíquicas), do que propriamente em determinadas características sociodemográficas. Prazeres (2000), Taylor, et al. (1997), Taylor (1984) e Krystal (1979) referiram que na população normal encontram-se níveis de Alexitimia em torno de 15 a 22%; na população-clínica estes valores variam conforme a patologia (Prazeres, 2000; Taylor et. al., 1997; Taylor, 1984; Krystal, 1979; Sifneos, 1974). Há prevalência comprovada de traços alexitímicos nas perturbações alimentares (Fukunishi & Kaji, 1997; Taylor, 1996; Laquatra & Clopton, 1994; Schmidt, Jiwany & Treasure, 1993; Pierloot et al., 1988); oxicodependência (Finn, et al. 1987, cit. Otero 1999; Loas, Freumaux, Otmani, Lecercle & Delahousse, 1997; Pinard, Negrete, Annable & Audet, 1996; Taylor et al., 1990; Parker, et al., 1989); transtorno do pânico e fobia social (Zeitlin e McNally, 1993); transtornos somatoformes (Shipko, 1982; Lesser, Ford & Friedmann, 1979), transtornos de dor psicogénica (Demers-Desrosiers, Cohen & Catchlove, 1983; Blumer & Heibronn, 1982); transtorno de *stress*-pós-traumático (Krystal, 1979); neuroses (Krystal, 1979; De M'Uzan, 1974; Marty, 1972); perversões sexuais (McDougall, 1982); obesidade (Clerici, Albonetti, Papa, Penati & Invernizzi, 1992); asma crónica (Dirks, Robinson & Dirks, 1981; Kleiger & Dirks, 1980); jogo patológico (Prazeres, 2000); doença intestinal (Taylor, Doody & Newman, 1981); cancro da mama (Anagnostopoulos, Vaslamatzis, Markidis, Katsouyanni, Vassilaros, & Stefanis, 1993); depressões (Loas, Dhee-Perot & Chaperot, 1998; Fisch, 1989; Haviland, Shaw, Cummings, & Macmurray, 1988; Blumer e Heilbronn, 1982), transtornos de *stress*-pós-traumático (Krystal, Giller & Cichetti (1986), combatentes de guerra (Krystal, et al., 1986; Shipko, 1982) sobreviventes do holocausto (Yehuda, Steiner, Kahana, Binder-Brynes, Southwick, Zelman & Giller, 1997; Fisch, 1989) e a perturbações antissociais, narcísicas e borderline (Zlotnick, Mattia, & Zimmerman, 2001; Taylor, 2000; Sifneos, 1973). Em populações clínicas-ambulatórias, foram encontrados níveis de Alexitimia de 30% a 40% (considerados altíssimos) (Kaplan & Sadock, 1998). Apesar desta forte evidência (Taylor & Bagby, 2004; Horton, Gewirtz & Kreutter, 1992; Taylor, 1984), nunca foram encontradas relações causais entre essas comorbilidades e a Alexitimia (Silva, et al., 2010).

1.2.5. Avaliação e Tratamento da Alexitimia

São muitas as definições em torno da Alexitimia, mas escassas as medidas terapêuticas efetivas de serem utilizadas com pacientes alexitímicos, em âmbito clínico. A literatura, geralmente, justifica essa escassez de instrumentos e modelos psicoterapêuticos, pelo facto dos alexitímicos não aderirem facilmente a essas medidas; e quando aderem apresentam resultados irrisórios (por elevada pobreza das experiências internas) (Silva, et al., 2013; Valente, 2012; Silva, 2008; Prazeres, 2000; Goleman, 1995; Krystal, 1979).

Ao longo dos anos foram criadas algumas medidas de avaliação para avaliar a Alexitimia, embora tenham sempre as mesmas limitações já referidas, por se tratarem, na sua maioria, de medidas de autorrelato: o Questionário de Psicossomática do Hospital *Beth Israel* (Sifneos, 1973); o Questionário de Alexitimia de Resposta Provocada (Krystal, Giller & Chiccheti, 1986); a Escala de Personalidade de *Schalling-Sifneos* (Taylor, Ryan & Bagby, 1985); a Escala de Alexitimia de Toronto (TAS) (Bagby, Parker & Taylor, 1994) ou o Questionário de alexitimia de *Bermond-Vorst* (Bermond, Vorst, Vingerhoets & Gerritsen, 1999).

Houve, igualmente, tentativas de desenvolver tratamentos específicos para intervir na Alexitimia, como por exemplo o Tratamento para a Redução da Alexitimia (Levant, Halter, Hayden, Williams, 2009), que consiste numa intervenção breve (6 sessões psicoeducativas), onde os pacientes são orientados com exercícios que ampliem a consciência da experiência emocional, bem como interpretação e gestão das suas próprias emoções. Outro exemplo neste sentido é o tratamento com base na mentalização (Fonagy & Bateman, 2006), que pretende promover a capacidade para compreender o comportamento do próprio e dos outros através da atribuição de estados mentais, podendo trazer benefícios na redução de um funcionamento alexitímico (Moriguchi, Ohnishi, Lane, Maeda, Mori, Nemoto, Matsuda, et al., 2006). Estas e outras tentativas para diminuir níveis de Alexitimia, por parte de diversos autores, são verdadeiros contributos tendo em conta as dificuldades que têm sido descritas em acompanhar pacientes alexitímicos em contexto clínico (Silva, et al., 2013).

1.2.6. Alexitimia e cancro

O estudo de Gil e Portellano (2005) analisou o processamento emocional de pacientes com cancro utilizando o *Stroop* Emocional e uma outra tarefa de reconhecimento de palavras emocionais e neutras (bi-laterais); também com o objetivo de se certificar que o hemisfério cerebral é ativado durante a leitura das palavras. O grupo experimental foi representado por 19 pacientes com cancro e o grupo controlo por 21 estudantes espanhóis. Em relação à Alexitimia, os resultados não mostraram diferenças significativas entre os dois grupos, em ambos os testes. Apenas na tarefa de reconhecimento de palavras emocionais houve diferenças quanto à leitura de palavras emocionais e neutras, sendo as palavras emocionais mais ativadoras. Quanto ao hemisfério cerebral mais utilizado, verificou-se que o grupo de pacientes oncológicos utilizaram o hemisfério direito em maior medida do que os do grupo

controlo, tanto nas palavras neutras como nas ativadoras. No grupo controlo sucede exatamente o contrário, os participantes utilizaram em maior medida o hemisfério esquerdo, independentemente da valência afetiva das palavras. Confirmou-se também a hipótese de que seria o hemisfério esquerdo a apresentar maior competência para reconhecimento de palavras de qualquer espécie.

Uma série de estudos procura relacionar áreas cerebrais afetadas na Alexitimia, contudo, até ao momento, chegaram a uma conclusão consistente: o cíngulo anterior do córtex é uma das áreas mais relacionadas com esta patologia (Pinto & Ribeiro, 2014; Vitorino, Soares & Cunha, 2013; Sturm e Levenson, 2011; Carneiro & Yoshida, 2009). Um estudo com 54 indivíduos, sendo 67% do género masculino (com lesão cerebral ocorrida por volta dos 30 anos), confirmou uma relação estatisticamente significativa entre lesão cerebral e Alexitimia. Os resultados indicaram que 61% dos indivíduos com história de lesão cerebral tinham desenvolvido Alexitimia, e que, por sua vez, apresentavam maior risco para cometer suicídio (Wood, Williams & Lewis, 2010; Taiminen, Saarijärvi, Helenius, Keskinen & Korpilahti, 1996). As regiões supostamente associadas com a Alexitimia incluem o córtex cíngulo anterior, estriado frontal (núcleos de base), gânglios basais, amígdala e corpo caloso. O processamento emocional envolve as áreas corticais e subcorticais do cérebro. As estruturas subcorticais são as regiões límbicas e os gânglios basais, que permitem o processamento emocional ao nível abaixo da consciência. As estruturas corticais, por sua vez, desempenham o processamento consciente. A interação entre o processamento subcortical e cortical é fundamental para a adaptação dos processos emocionais (Messina, Beadle & Paradiso, 2014).

Um outro estudo que relaciona Alexitimia e cancro é do de Cerchiari, de 2002, que comparou mulheres com cancro da mama com mulheres com doenças psicossomáticas para deteção da Alexitimia. As mulheres com cancro da mama apresentaram, em termos médios, valores alexitímicos superiores às mulheres com doenças psicossomáticas. Os resultados obtidos na amostra de mulheres com cancro de mama e mulheres sem doença psicossomática, evidenciam a independência entre cancro de mama e Alexitimia. Mas quando comparados entre si os fatores 1, 2 e 3 da escala TAS-20, as mulheres com cancro da mama apresentaram um estilo de pensamento mais orientado para o exterior (operatório e concreto), isto é, elas apresentaram índices mais altos no fator 3.

1.3. Inteligência Emocional

A IE constitui um constructo psicológico recente, caracterizado como um dos aspetos da inteligência mais discutidos na atualidade (Woyciekosky & Hutz, 2009). Zeidner, Matthews e Roberts (2001) salientam que para se compreender a IE é necessário inicialmente compreender as emoções. Segundo Woyciekosky e Hutz (2009) a emoção consiste numa reação psico-biológica complexa, que envolve inteligência e motivação, além de aspetos sociais e da personalidade, que, acompanhados de mudanças fisiológicas, expressariam um

acontecimento significativo para o bem-estar subjetivo do sujeito no seu encontro com o ambiente. O vasto campo de investigação sobre a IE envolve a inter-relação entre os pensamentos, sentimentos e habilidades (Woyciekosky & Hutz, 2010). A maioria dos teóricos refere que as emoções estão na base da compreensão dos comportamentos humanos (Lazarus, 2000, Davidson, 1994; Ortony, Clore & Collins, 1988). Assim sendo, o ser humano demonstra os seus comportamentos de acordo com a obtenção de ganhos para atingir os seus objetivos; fruto das interpretações atribucionais que confere às situações, como boas ou más (Gross & Tompson, 2007; Gimenes, 1998). Do ponto de vista psicológico, as emoções alteram a atenção, sendo determinantes em certos comportamentos, assim como também na ativação de aspetos relevantes da memória. Do ponto de vista fisiológico, as emoções organizam respostas rápidas, de diferentes sistemas biológicos, nomeadamente a expressão facial, o tónus muscular, a voz e a atividade do sistema nervoso vegetativo e endócrino, de modo a conseguir uma otimização do meio interno para uma resposta eficaz (Serra, 1999). Para Goleman, isto faz todo o sentido, pois o mesmo defende que o processo emocional é uma construção neuropsicológica que envolve diversas estruturas: cognitiva, fisiológica, expressivo-motriz, motivacional e subjetiva. A emoção é, sem dúvida, uma das mais marcantes experiências do ser humano; é um estado psicológico que diante das situações gera respostas reativas, automáticas e inconscientes. Além do cariz psíquico, as emoções possuem um cariz cognitivo que, em grande medida, determina o comportamento humano. Para Damásio (2004) uma emoção reúne uma coleção de respostas químicas e neurais que formam padrões distintos. Os investigadores descobriram, neste sentido, que cada emoção prepara o corpo para dar respostas distintas (Goleman, 1995). Assim, as emoções são quantificáveis (enquanto respostas químicas e neurais), e observáveis na pessoa “emocionada”, por uma terceira pessoa. Já os sentimentos são resultados da perceção dessas reações pela própria pessoa: ela sente a emoção. São, portanto, experiências subjetivas somente acessíveis à própria pessoa.

O conceito de IE surge entre os anos de 1994 e 1997, recebendo popularidade com a publicação do livro “Emotional Intelligence” de Daniel Goleman. O autor ampliou a definição deste constructo, passando a incluir aspetos da personalidade. Assim, definiu IE como *“a capacidade de a pessoa se motivar a si mesma e persistir a despeito das frustrações; de controlar os impulsos e adiar a recompensa; de regular o seu próprio estado de espírito e impedir que o desânimo subjugue a faculdade de pensar; de sentir empatia e sentir esperança”* (Goleman, 1995). Por outro lado, Bar-On (2006), um outro importante teórico deste tema, caracterizou a IE, em conjunto com a inteligência social, como *“uma inter-relação de competências, capacidades e facilitadores emocionais e sociais que determinam efetivamente a forma como o indivíduo se compreende e expressa a si próprio, compreende os outros e se relaciona com eles, bem como lida com as exigências diárias”*. Ângelo (2007), mais recentemente, definiu o conceito de IE (competência emocional) como relacionado com os conceitos de inteligência e emoção, não sendo, no entanto, equivalente a nenhum deles.

Diversos autores atribuem assim a IE a qualidades como: autoconsciência emocional, automotivação e autocontrole (Cerezo, Ortiz-Tallo, & Cardenal, 2009, Goleman, 2003, Roberts, Flores-Mendonça & Nascimento, 2002; Mayer & Salovey, 1997, 1999).

A relação entre a Alexitimia e a IE também já foi estudada e, de acordo com Stys e Brown (2004), existe uma associação inversa entre estas duas variáveis, isto é, os alexitímicos detêm uma baixa IE. Shutte e colaboradores (1998), num estudo com uma amostra de 25 estudantes, verificaram essa mesma correlação inversa entre a escala de autorrelato de IE (The Self Report Emotional Intelligence Test) e a Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). A IE constitui, assim, um campo de investigação sobre a inter-relação entre os pensamentos, sentimentos e habilidades (Woyciekosky & Hutz, 2010).

1.3.1. Cancro e inteligência emocional

Em oncologia, o *distress* é definido como uma experiência emocional aterradora para o paciente oncológico, englobando componentes do foro psicológico, social e/ou espiritual (multifatorial), e interferindo diretamente na capacidade da pessoa em lidar com sentimentos, pensamentos e comportamentos, mediante os contornos da doença (diagnóstico, sintomas e tratamentos) (Ryan, Cockburn, Schofield, Butow, Tattersall, Bandaranayake & et al., 2005; Carver, 1993). O *distress* caracteriza-se por se alongar no tempo e, como é compreensível, traz vulnerabilidade, tristeza e medo, raiva, impotência e culpa. Quando estes sentimentos ganham proporções maiores conduzem normalmente a quadros psiquiátricos como depressão major, ansiedade generalizada, transtorno do pânico, isolamento social, crises existenciais e/ou espirituais. A presença de *distress* está ligada à redução da QV, falta de satisfação com os cuidados recebidos, menor adesão aos tratamentos e, possivelmente, sobrevivência reduzida (Mitchell, Lord, Slattery, Grainger & Symonds, 2012; Howell & Olsen, 2011). Também como associação relevante, revelam-se o baixo suporte social autopercebido com o aumento de ansiedade e depressão (NCCN, 2013). O cancro é ainda hoje visto como uma doença de forte cariz discriminativo, desde o âmbito familiar até à vida social no seu todo. A inaceitabilidade social do cancro pode estar fortemente associada ao medo de sofrimento prolongado. Numa sociedade onde o indivíduo é analisado de forma mercantilista, a perda da capacidade laboral, em decorrência de uma doença, faz com que a pessoa doente se sinta desamparada socialmente (Linard, et al., 2002).

Em concreto no cancro da mama, Cerezo e colaboradores (2009) referiram que a repressão emocional e a dificuldade para descrever e comunicar as emoções negativas como ira, ansiedade e a dor, são formas com que a mulher com este tipo neoplásico tem que lidar. Os mesmos autores concluíram que estas doentes, após específicas intervenções psicológicas, conseguiram desenvolver estratégias para manifestar as emoções positivas e regular melhor as negativas; os autores concluíram ainda que a expressão emocional é importante nas doentes com cancro da mama, dado que as ajudam a lidar melhor com a sua situação médica.

Ainda no âmbito oncológico, a realização de uma histerectomia no cancro cervical pode desencadear fortes reações emocionais nas mulheres que se submetem a ela (Rezende, 2002). Normalmente, esta cirurgia faz com que as mulheres experimentem ansiedades relacionadas à perda do útero. O medo da dor, em meio a todo o processo também pode provocar uma atitude esquivada em relação ao sexo (Segal, 1994). Também a realização do exame Papanicolau é suscetível de despertar na mulher sentimentos negativos, muitas vezes relacionados à sexualidade, podendo interferir bastante na adesão da mesma ao exame (Brito & Camargo, 2011). Nesse sentido, o resultado do exame representa expectativa e medo devido à possibilidade de ser positivo para o cancro (Nascimento, Nery & Silva, 2012).

Gomes (2011), num estudo transversal (N=60) e mais específico do tema deste trabalho, com o objetivo de caracterizar alguns parâmetros, numa amostra de doentes oncológicos em quimioterapia, investigou níveis de IE, QV, ansiedade e depressão e *distress*. Os resultados obtidos revelaram níveis elevados de IE (267 numa escala de 270), níveis satisfatórios de percepção de QV (Análise descritiva=60.3) e baixos níveis de ansiedade (M=0.2), depressão (M=0.2) e *distress* (M=0.2). Porém, não se verificou correlação significativa entre os níveis de IE e QV ($r=0.02$), entre outros resultados. Estes resultados nem sempre são consensuais, por exemplo, a investigação de Baker-Glenn, Park, Granger & Symonds & Mitchell (2011), num estudo semelhante, encontrou resultados diferentes, no sentido que doentes oncológicos em quimioterapia necessitaram de ajuda psicológica devido a elevado índice de ansiedade, depressão e *distress*.

No geral, a relação entre a saúde e a IE, investigada recentemente, revela que quanto mais elevada é a IE melhor é a saúde (Martins, Ramalho & Morin, 2010; Schutte, Mallouf, Thorsteinson, Bhullar & Rooke, 2007).

1.4. Sintomatologias Psicopatológicas e Cancro

A doença é um acontecimento gerador de *stress* por excelência, ou preferivelmente, de *distress*. Especificamente, este, define-se como a incapacidade de superar vivências stressantes da vida, podendo, ao longo do tempo, ter um efeito de desgaste emocional, levando a pessoa a percecionar uma significativa deterioração da sua QV (Souza & Seidl, 2014; Jekel, Elmore & Katz, 1999). Ogden (2004) defende que o diagnóstico de cancro, por si só, é gerador de *distress*; acrescentou que este constitui um dos acontecimentos mais stressantes da vida (afetando comportamento e capacidade de enfrentamento); podendo, da mesma forma, interferir na procura por ajuda (apoio social), adesão a tratamentos, recomendações médicas e adoção de estilos de vida saudáveis (Souza & Seidl, 2014; Ogden, 2004). Por exemplo, são encontrados, na literatura, níveis clinicamente significativos de *distress* em mulheres com diagnóstico recente de cancro da mama (Moreira, Silva & Canavarro, 2008; Eizirik & Ferreira, 1996). Entretanto, convém mencionar, que a experiência vivida de forma negativa no cancro, ou nas doenças em geral, não se revela um facto

universal, sendo muitos os casos, reconhecidos pela evidência científica, de pacientes que revelaram ter tido aprendizagens significativas, a nível pessoal e espiritual, em consequência do sofrimento causado pela doença. Esta superação ocorre normalmente pelos recursos internos (psicológicos) e/ou externos (por ex.: família e amigos) que a pessoa tenha; outras ainda, por terem tido apoio especializado de psicólogos e/ou grupos terapêuticos (Bayés, 2004; Gameiro, 1999). É importante referir que, mesmo nestes casos, pode ocorrer sintomatologia psicopatológica (Costa, 2015). De ressaltar que, no caso do cancro da mama, a maior prevalência de ansiedade sobre a depressão verifica-se depois da fase de conclusão dos tratamentos, praticamente na fase de remissão da doença (sobrevivência) (Costa, 2012; Torres, Pereira, Monteiro, Pinto, Correia, Gonçalves & Ribeiro, 2010; Fernandes, 2009). Também se verifica que a ansiedade, mais do que a depressão, parece acompanhar este grupo de doentes, ao longo de todas as fases da doença (Fernandes & McIntyre, 2002).

Nas últimas quatro décadas, a literatura científica tem documentado, de forma consistente, os temas referentes às sintomatologias/alterações psicológicas e psicopatologias em doentes oncológicos (Tel & Dogan, 2011; Torres, et al., 2010; Gil, Sirgo, Lunch, Maté & Estradé, 2001).

Derogatis, Marnow, Fetting, Pennan, Piasetssy, Sahmale, Henrichs & Carnicke (1983) foram os primeiros a elaborar um estudo sobre a morbilidade psicopatológica em pacientes oncológicos, segundo os critérios do DSM-III (*American Psychiatry Association*) (APA) (Pichot, 1986). Demonstrou-se, neste estudo, que 47% dos participantes evidenciaram sintomatologia psicopatológica. As perturbações de adaptação acompanhada das de ansiedade e depressão foram das mais diagnosticadas (em 68% dos doentes), seguida da depressão major (13%), das perturbações de personalidade (7%) e das perturbações de ansiedade (em 4%). Aqui, também é válido ressaltar que as mulheres sofrem duas vezes mais do que os homens de perturbação de ansiedade generalizada associada a depressão major. Também é demonstrado que as mulheres com fobia social apresentam maior incidência de comorbilidades psiquiátricas comparativamente aos homens (Kynrys. & Wygant, 2005). O estágio da doença também determina os níveis nos quadros de depressão clínica. Na investigação de Moreira, Silva e Canavarro (2008) foram encontrados níveis de depressão clínica em 15.7% de doentes recentemente diagnosticadas com cancro da mama, e na amostra das sobreviventes 1.9% desta mesma sintomatologia.

Num estudo experimental, Antoni, Lechner, Diaz, Vargas, Holley, Phillips, McGregor, et al., (2009), com o objetivo de identificar níveis de ansiedade e presença de cortisol (hormona do *stress*) recolheram amostras de sangue, em mulheres com cancro da mama (que haviam realizado recentemente cirurgia oncológica, entre 4-8 semanas); que se encontravam entre os estádios 1-3 da doença). Como resultados, verificaram a presença de altos níveis de ansiedade e de cortisol (hormona do *stress*). Contudo, estes níveis de cortisol diminuíram após intervenção cognitiva de grupo de gestão de *stress* (que teve duração de 10 semanas). A

conclusão deste estudo é que a presença de cortisol (uma hormona conhecida por enfraquecer o sistema imunitário) compromete significativamente o tratamento da doença, aumentando o risco de recidiva. Diversas investigações referem que o sentimento de incerteza desde o fim do tratamento até à cura, são os responsáveis por aumentar os níveis destas homonas (Garafalo, Choppala, Hamman & Gjender, 2009).

Lueboonthavatchi (2007), no seu estudo com mulheres com cancro da mama, sobre quadros mistos de depressão e ansiedade, verificou a presença de perturbações de ansiedade em 16% das participantes e 9% de quadros depressivos. Tapadinhas (2004) também encontrou níveis elevados de ansiedade noutra amostra de doentes com cancro da mama; foram encontradas correlações estaticamente significativas entre os níveis de ansiedade e os níveis de depressão, ou seja, maiores níveis de ansiedade também correspondem a maiores níveis de depressão.

A ansiedade acompanha a paciente ao longo de todo o processo da doença, pré-diagnóstico e diagnóstico até ao tratamento, podendo continuar caso haja progressão ou recorrência da doença e, em alguns casos, fase terminal (Carvalho, 2008; Pereira, 2008). A intensidade do *stress* provocado pela experiência de cancro da mama é diferente nas diversas fases do curso da doença. Pinto e Pais-Ribeiro (2007) descrevem três fases da experiência oncológica: a primeira fase é a aguda, iniciando-se com o diagnóstico e culminando com o fim dos tratamentos. A segunda fase é a intermédia, que se inicia após o fim dos tratamentos e se prolonga até à confirmação da remissão da doença. A terceira fase é a permanente, correspondendo ao tempo de vida após a sobrevivência ao cancro. A literatura é consistente em demonstrar que a fase inicial da doença parece constituir o período mais intenso da crise pela perceção de ameaça à vida, podendo mesmo surgir sentimentos antecipatórios de tristeza, perda, raiva, culpa e desespero. Segundo Holland e Mastrovito (1980) o *stress* na doença oncológica da mama caracteriza-se pela presença associada de ansiedade, depressão ou ambas, e ocorre em quatro principais momentos do percurso da doença: *stress* pré-operatório, *stress* pós-operatório; *stress* durante os tratamentos e na recorrência da doença, se esta reincidir. A investigação Andrykowski & Cordova (1998), encontrou também nesse âmbito níveis elevados de sintomas de *stress* pós-traumático em mulheres com cancro da mama, numa regressão múltipla que assumiu 39% de probalidades tendo em conta um modelo com as variáveis comorbidade física, educação, estágio da doença, tratamento do câncer, história de depressão, suporte social. Níveis ainda mais elevados foram detetados, num acréscimo de 16%, nos casos de autoperceção diminuída de suporte social (Andrykowski & Cordova, 1998).

Massie (2004, cit in. Trask & Pearman, 2007) verificou, no seu estudo comparativo, que sobreviventes de cancro da mama apresentaram propensão de desenvolver depressão em 22% a 30%, enquanto mulheres com doenças benignas da mama revelaram uma propensão de menos de 10% para sofrer da mesma psicopatologia. Kornblith e Ligibel (2003) constataram, também, que uma parte significativa das sobreviventes de cancro da mama continuam a

experienciar ansiedade e depressão significativas durante pelo menos 4 anos depois do fim dos tratamentos (a depressão também é mediada pelas sequelas físicas). Pacientes com cancro recentemente diagnosticados experimentam índices de ansiedade considerados significativos e até excessivos, em alguns casos (Costa, 2015). Foi o que comprovou o estudo de Hall, Hern e Faloowfield (1999), ao verificar que 49.6% das participantes, com cancro da mama, que haviam recebido o diagnóstico pouco tempo antes da realização do estudo, apresentaram índices concomitantes com a perturbação de ansiedade. Gallagher, Parle e Cairns (2002) admitem mesmo que cerca de 32 a 45% das pacientes apresentam ansiedade clinicamente significativa e 7 a 46% algum quadro de depressão.

Apesar de na literatura o *stress* e a ansiedade se encontrarem muitas vezes relacionados, não são o mesmo, ainda que se verifiquem algumas alterações fisiológicas idênticas quando um organismo experimenta ansiedade ou *stress* (por exemplo, alteração da pressão arterial e frequência cardíaca) (Vásquez, Rodríguez e Álvarez, 2003). Se, por um lado, o *stress* é uma resposta do organismo a uma exigência da realidade, por outro, a ansiedade é uma alteração psicofisiológica experienciada antes dessa exigência, podendo não se concretizar. Neste âmbito, a doença oncológica é vivenciada como um acontecimento stressante que pode resultar em ansiedade diante do tempo de espera que se antecede a realização de exames, resultados e tratamentos (Costa, 2015).

Quanto às variáveis sociodemográficas mais prevalentes, pacientes com maior escolaridade apresentam menor tendência para a depressão, e esta atinge níveis mais evidenciados em doentes mais velhas (Tapadinhas, 2004). No estudo de Tojal e Costa (2014) foi avaliado o ajustamento mental associado a características psicossociais em mulheres com cancro da mama. Os resultados mostraram que a idade, a escolaridade, o estado civil e o suporte social estão associados ao ajustamento mental das mulheres. Portanto, as mulheres mais novas utilizaram mais estratégias de evitamento (talvez, por pressão do estereótipo da beleza, pela possibilidade da mastectomia); as com baixa escolaridade recorreram mais a estratégias de desânimo, fraqueza e ansiedade, enquanto as com maior escolaridade optaram por estratégias de enfrentamento da realidade (espírito de luta); as casadas sentem-se mais ansiosas do que as que não tem uma relação conjugal (talvez, por preocupação com a possibilidade do cônjuge vir a perdê-la caso ocorra um desfecho pior da doença); quanto ao suporte social, as mulheres que revelam melhor percepção de interação social parecem possuir menos recursos adversos como, por exemplo, o desânimo e os sentimentos de fatalismo. Este estudo revelou também que os sintomas depressivos são os melhores preditores do ajustamento mental (Tojal e Costa, 2014).

De facto, a depressão e a ansiedade parecem ser muito comuns na extensão das doenças físicas, representando compromisso quer do quadro mental quer do quadro físico e comprometendo naturalmente a adesão terapêutica do paciente (Costa, 2015). Nesta

conjuntura, por vezes, ou muitas vezes, estas psicopatologias são desvalorizadas, não tratadas, ou tratadas de forma inadequada (Mitchell, Lord & Symonds, 2012).

Para além das conhecidas perturbações de *stress*, ansiedade e depressão, Tavares (1999) refere outras perturbações relativamente comuns em pacientes com cancro, no geral. Entre elas, as perturbações de personalidade, sendo em maior proporção a perturbação obsessivo-compulsiva e a dependente. Inclusivamente, Doolittle e Holland (2011) reforçam a importância do diagnóstico diferencial entre paciente oncológico com dificuldades emocionais/comportamentais de enfrentamento da doença e/ou com perturbação de personalidade. Essa distinção é fundamental para melhoria da relação entre paciente com cancro e prestadores de serviço na área da saúde (pois reflete diretamente na adesão terapêutica). Também a personalidade borderline, histriónica, perturbações somatoformes e esquizofrenia são comuns em doentes oncológicos. A esquizofrenia é a mais grave de lidar e de tratar nestes pacientes. Segundo a literatura, existem índices clínicos significativos de somatização na população em causa. A somatização é um fenómeno clínico caracterizado pela ocorrência de queixas somáticas e sistemáticas injustificáveis pela presença de doença propriamente dita (Ramos, 2008).

As mulheres com cancro da mama, em algum momento e em determinado grau, também apresentam problemas psicossociais (Barros, 2008) de carácter adaptativo ao percurso da doença, ou então desenvolvem problemas psicopatológicos como já foi explicitado acima.

É de notar que todos os doentes oncológicos vivenciam sofrimento, mas nem por isso todos apresentam psicopatologias. Em alguns casos, cada vez mais frequentes, o processo de doença é vivido, muitas vezes, como uma trajetória de aprendizagem existencial e espiritual. Contudo, nem sempre é fácil fazer o diagnóstico diferencial de todos os problemas que podem vir a acometer um paciente com cancro (Costa, 2015). McIntyre (1995) toca precisamente no ponto de obter benefícios com a doença. Esta autora destaca o poder criativo que o sofrimento pode oferecer à pessoa que adoece, pela possibilidade de crescimento pessoal mesmo diante da possibilidade de finitude da vida, numa necessidade de reconstrução do *self*. Para Rogers e Kinget (1977), a noção de *self* é um conjunto organizado e mutável de autoperceções que o indivíduo reconhece em si mesmo, e que compõem a sua conceção identitária. Os valores, as características pessoais, as qualidades e os limites integram as tais autoperceções que regulam e orientam a direção que cada indivíduo segue. Tudo isto é parte integrante do organismo num todo. É particularmente importante referir que o organismo se contrapõe a tudo o que comprometa o *self*, isto é, qualquer desvalorização ou algo que vá contra o *self*, seguindo uma tendência para atualização do mesmo. Contudo, a qualidade dessas autoperceções é que formam a noção que determina a eficácia ou ineficácia da tendência atualizante. Resumidamente, e de acordo com Hall e Lindzey (1984), o humanista Carl Rogers postulou em suas obras que o ser humano tem por

essencial essa tendência atualizante do *self* de forma inata, ou seja, o ser humano tem potencialidades naturais para viver saudavelmente e criativamente.

Um estudo que avaliou os níveis de ansiedade e depressão pré-cirúrgica em mulheres com cancro da mama ou ginecológico (181 pacientes, com média de idade de 52,8 anos) verificou que 44,8% das participantes apresentavam sintomas de ansiedade moderados e graves e 31,5% sintomas de depressão moderados e graves. Foram encontradas associações entre as idades e níveis de ansiedade, de modo que cada ano a mais na idade diminuía 0,08 os valores de ansiedade. Também se observou que as pacientes que não tinham conhecimento sobre a sua cirurgia tinham níveis mais elevados de depressão (média de depressão = 7,2) comparativamente com as pacientes que tinham esse conhecimento (média de depressão = 4.6) (Gorayeb, Borsari, Rosa-e-Silva & Ferriani, 2012). O estudo de Ell, et al. (2005), por outro lado, procurou avaliar a prevalência de depressão em mulheres com diagnóstico de cancro de mama ou ginecológico, e correlacionaram tal panorama com sintomas como dor física, ansiedade, características sociodemográficas e suporte social. Estes dados revelaram que a depressão esteve presente em aproximadamente 24% das pacientes. O diagnóstico de depressão foi prevalente sobretudo em mulheres de baixa renda e com baixa percepção de suporte social.

1.5. Psico-Oncologia

A literatura tem vindo a mostrar diferentes propostas de intervenção terapêutica com os doentes oncológicos e, em particular, com as doentes da mama e de cancro infantil (Staliano & Araújo, 2009; Júnior, 2001). A intervenção psicológica junto de pacientes oncológicos poderá ser no âmbito do *counselling* e da psicoterapia, segundo Gil, et al., (2001). Estes autores destacam, neste sentido, a eficácia da Psicoterapia Comportamental, da Psicoterapia de Procura de Significado («*Meaning- Seeking Psychotherapy de Holland & Goooen-Piels*, 2000), da Psicoterapia Existencial e da Terapia de Grupo de Expressão-Suporte (Spiegel, Bloom, Kraemer & Gottheil, Garcia, 1989). Durá e Ibáñez (2000) e Gandini (1995), acrescentam ainda que as intervenções psicossociais em psicologia oncológica podem variar entre as terapias breves, de intervenção em crise, até programas de intervenção ou psicoterapia de longa duração, em todas as fases da doença oncológica, e até depois dos tratamentos. Este autor referiu como exemplos a terapia clássica (individual), terapia didática, a terapia de grupo (“grupos de apoio social” e “grupos de autoajuda”) e, na escala social e comunitária, também as campanhas de informação e prevenção. Neme (2010) considera o modelo de psicoterapia breve o mais ajustado ao contexto da psico-oncologia hospitalar, por ser um tratamento psicológico de pacientes e familiares cujo foco terapêutico assenta na condição atual do “ser doente”.

A intervenção psicológica terapêutica na doença deve ser enquadrada de acordo com a fase da doença em curso, porque cada fase impõe ao doente necessidades e desafios individuais,

acompanhados de resposta psicoemocional igualmente singulares (Pereira & Lopes, 2002; Liberato & Carvalho, 2008). Assim, na fase de pré-diagnóstico, a ansiedade e a angústia, geradas pela incerteza do diagnóstico, deverão constituir o foco da intervenção. Na fase de diagnóstico as áreas a trabalhar são o confronto com a doença, a operacionalização de estratégias de coping, a ansiedade e o *stress*. Durante os tratamentos, a QV fica comprometida, os efeitos secundários provocam dor e sofrimento, não raras vezes, sintomatologia afetiva e do humor, psicossomática, e intervenções cirúrgicas, afeção da imagem corporal e da sexualidade. Concluídos os tratamentos, é necessário retomar o curso de vida normal, dando novo significado à experiência de doença e de vida. Em casos de fase terminal, é preciso acompanhar o paciente numa perspetiva existencial e espiritual (Liberato & Carvalho, 2008).

Em 1992, Trijsburg, Van Knippenberg e Rijpma, numa revisão de literatura, encontraram 22 artigos, dos quais 19 defendiam a eficácia das intervenções psicológicas em oncologia. Estes artigos indicam a eficácia da terapia individual no alívio do *distress*, a melhoria da autoestima, desenvolvimento de autocontrolo por parte do doente, alívio dos sintomas físicos (náuseas, fadiga, perda de peso), e aumento da atividade e relações sexuais, como os benefícios mais evidentes (Matos & Pereira, 2005).

Um processo terapêutico eficaz possibilita o ajustamento à doença, potencia a adesão aos tratamentos e a eficácia dos mesmos, e ainda possibilita a elaboração e resignificação da experiência de doença na trajetória de vida, além de prevenir os efeitos traumáticos da doença, oferecendo uma oportunidade de crescimento pessoal pela experiência da doença (Costa, 2015).

Um pouco por todas as unidades de oncologia a consulta psico-oncologia, em Portugal, tem vindo a ser implementada. A Liga Portuguesa Contra o cancro, núcleos Norte e Centro, oferecem, desde 2008, apoio psicooncológico a doentes e familiares. Estes pacientes, frequentemente, manifestam problemas de concentração e memória, angústia e desespero, falta de apetite, insónia, dificuldade em realizar atividades laborais e familiares, problemas de relacionamento conjugal e sexual, isolamento social e preocupação com a evolução da doença (Gil, et al., 2001).

SEGUNDA PARTE: Estudo Empírico

Capítulo 4

1. Apresentação do Estudo

O aumento da incidência do cancro é uma realidade inquestionável nos dias atuais. Se nos guiarmos pelas estatísticas dessa incidência em todo o mundo, inferimos sem esforço a importância da investigação, tanto em Oncologia como nas suas áreas de interface. Segundo as estatísticas da DGS (2015), somente no ano de 2010, a incidência de novos casos de tumores malignos, aumentou na ordem de 4% em Portugal. O cancro da mama ocupou o segundo lugar, entre os cancros que mais incidiram neste ano, na sequência do cancro da próstata, que ocupou o primeiro lugar. Quando se analisou estes dados no sexo feminino, o cancro da mama ganhou destaque, ocupando logo o primeiro lugar nessa estatística. O cancro do colo do útero também aparece na lista dos mais incidentes, em 9º lugar. Estes números não se estimam apenas para Portugal, já se revelando uma tendência mundial. Aqui, o nosso propósito recai sobre a necessidade de clarificar algumas questões que envolvem o cancro e a Psicologia. O desenho da nossa investigação engloba variáveis conhecidas na literatura do tema e outras, ainda muito pouco, disseminadas. O nosso contributo empírico aqui pretende clarificar e fornecer alguma compreensão destes temas, tendo como principal os resultados do Grupo Patologia Maligna. Embora, consideremos igualmente uma vantagem, obter os resultados de comparação com os grupos Normalidade(controlo) e Patologias Benignas nas análises feitas com este propósito. Também considerámos um ganho acrescido conhecer a relação entre algumas variáveis em estudo, aumentando dessa forma o conhecimento destas variáveis na literatura.

Após ter sido descrita a revisão de literatura sobre todos os temas em questão, chegou o momento de clarificar os objetivos gerais e específicos desta investigação. O objetivo geral deste estudo é avaliar o funcionamento cognitivo-emocional de doentes com cancro mamário e cancro ginecológico, mais especificamente:

1.1. Objetivos de investigação

1.1.1. Objetivos gerais

- 1) Compreender a relação existente entre as variáveis dependentes do estudo, designadamente resultados do teste de *Stroop Emocional*, os valores das possíveis sintomatologias psicopatológicas, o nível de capacidade para *Mindfulness*, bem como os níveis de Alexitimia em toda a amostra e QV somente no grupo de mulheres com cancro da mama e ginecológico;
- 2) Comparar estes resultados com os dos Grupos das Patologias Benignas da mama e ginecológico e Grupo Normalidade (sem patologias), considerando assim a amostra nossa

variável independente. Faz todo o sentido estabelecer estas comparações, por se tratarem de grupos distintos e por poderem dar uma maior percepção do funcionamento cognitivo-emocional do nosso grupo-alvo.

1.1.2. Objetivos específicos

Para dar cumprimento a esse objetivo geral definiram-se outros, como objetivos específicos:

- 1) Construir o Teste *Stroop Emocional* para *screening* da Alexitimia (para uso nesta investigação);
- 2) Avaliar os níveis de atenção nos três grupos de comparação;
- 3) Descrever as características sociodemográficas dos participantes da amostra em geral e às associadas as patologias;
- 4) Comparar os níveis de Alexitimia dos grupos de pacientes com e sem cancro;
- 5) Comparar os níveis de inteligência emocional de mulheres com e sem cancro;
- 6) Comparar os níveis de QV de mulheres com e sem cancro;
- 7) Comparar sintomas psicopatológicos em mulheres com e sem cancro;
- 8) Comparar os níveis de *mindfulness* em mulheres com e sem cancro;
- 9) Determinar as relações entre as variáveis em estudo;
- 10) Construir um modelo preditivo do funcionamento cognitivo emocional nestas mulheres com recurso ao modelo de regressões lineares.

1.2. Participantes

Nesta investigação, recorreu-se a uma amostra de conveniência pretendendo-se encontrar as relações entre as variáveis dependentes com os três grupos que compõem a amostra: Grupo Normativo, Grupo Patologia Maligna (mama e ginecológico) e Grupo Patologia Benigna (mama e ginecológico).

No total participaram nesta investigação, 89 pacientes com cancro, 58 pacientes com patologias benignas e 121 mulheres sem patologias. Foram estipulados critérios de inclusão relativamente a cada grupo da amostra. No Grupo Normativo, só se pode incluir participantes que não tinham patologias físicas significativas do ponto de vista médico. No Grupo Patologia Benigna, o participante teria que ter o diagnóstico médico reconhecido de alguma patologia mamária ou ginecológica benigna. E, finalmente, o participante do Grupo Patologia Maligna, igual ao grupo anterior, teria que ter alguma patologia mamária ou ginecológica maligna reconhecida. Os critérios de exclusão cingiram-se também em ter ou não ter as patologias referidas, mediante o critério de inclusão de cada grupo.

1.2.1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra

Podemos, à seguir, verificar, através da Tabela 1, algumas características sociodemográficas da amostra. De uma maneira global, vemos que o Grupo Normativo denominado por Grupo

Normalidade é composto por estudantes universitárias (N=89,3) jovens (N=22,79), solteiras (88,4%) e Licenciadas (90,1%). Já o Grupo Patologia Benigna é composto maioritariamente por mulheres de meia idade (48,43), casadas (63,8%), baixa escolaridade (31,6%) e sem atividade laboral (36,2%). Por último, verificámos ainda que o Grupo Patologia Maligna é composto, em sua grande maioria, por mulheres casadas (69,7%), também muito baixa escolaridade (65,2%) e quase numa idade sénior (64,53) e reformadas (50,6%).

Tabela 1

Caracterização Geral da Amostra

	Normativo		Patologia Benigna		Patologia Maligna		Amostra Total	
	(N=121)		(N=58)		(N=89)		(N=268)	
Idade								
<i>M</i>	22.79		48.43		64.53		42.20	
<i>Range</i>	18-62		16-81		33-104		16-104	
<i>SD</i>	7.60		15.50		14.45		22.17	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Estado Civil								
Solteira	107	88.4	8	13.8	7	7.9	122	45.5
União de Facto	2	1.7	7	12.1	1	1.1	10	3.7
Viúva	0	0.0	3	5.2	17	19.1	20	7.5
Divorciada	2	1.7	3	5.2	2	2.2	7	2.6
Casada	10	8.3	37	63.8	62	69.7	109	40.7
Habilitações Literárias								
1º CEB	1	0.8	18	31.6	58	65.2	77	28.8
2º CEB	0	0.0	9	15.8	10	11.2	19	7.1

3º CEB	3	2.5	14	24.6	8	9.0	25	9.4
Secundário	1	0.8	9	15.8	1	1.1	11	4.1
Ensino Médio	1	0.8	5	8.8	6	6.7	12	4.5
Licenciatura	109	90.1	2	3.5	4	4.5	115	43.1
Mestrado ou Doutoramento	0	5.0	0	0.0	0	0.0	6	2.2
Sabe ler e escrever	2	0.0	0	0.0	2	2.2	2	0.7
Situação Profissional								
Trabalhadora Conta Própria	0	0,0	7	12,1	1	1,1	8	3,0
Trabalhadora Conta Outrem	8	6,6	16	27,6	12	13,5	36	13,4
Desempregada	1	0,8	21	36,2	11	12,4	33	12,3
Estudante	108	89,3	2	3,4	0	0,0	110	41,0
Trabalhador-Estudante	4	3,3	0	0,0	0	0,0	4	1,5
Reformada	0	0,0	7	12,1	45	50,6	52	19,4
Dona de Casa	0	0,0	5	8,6	20	22,5	25	9,3

1.2.2.Caracterização da Patologias da Amostra

Na Tabela 2 estão explanadas, por sua vez, as características da amostra associadas à caracterização das patologias. Verifica-se que uma grande percentagem de mulheres com patologia benigna ou maligna já realizaram diagnóstico; já realizaram rastreios de cancro da mama ou ginecológicos; não apresentam histórico familiar de cancro da mama ou ginecológico. Existe maior percentagem de patologia da mama no Grupo de Patologia Maligna e maior percentagem de patologia ginecológica no Grupo de Patologia Benigna. E por último, existe maior percentagem de comorbilidade com outras patologias no Grupo de Patologia Maligna.

Tabela 2

Caracterização das Patologias da Amostra

	Patologia Benigna		Patologia Maligna	
	(N=58)		(N=89)	
	N	%	N	%
Diagnóstico Experimental				
Patologia da Mama benigna	29	50,0	2	2,2
Cancro da Mama	0	0,0	54	60,7
Patologia Ginecológica benigna	29	50,0	3	3,4
Cancro Ginecológico	0	0,0	29	32,6
Cancro da Mama e Ginecológico	0	0,0	1	1,1
Tipo de Cancro				
Mama	0	0,0	55	63,2
Útero	8	66,7	15	17,2
Ovários	4	33,4	7	8,0
Vulva	0	0,0	3	3,4
Endométrio	0	0,0	7	8,0
Rastreio da Mama				
Sim	48	85,7	78	87,6
Não	8	14,3	11	12,4
Histórico Familiar Cancro da Mama				
Sim	11	20,4	25	28,7
Não	43	79,6	62	71,3
Rastreio Ginecológico				
Sim	44	75,9	62	69,7
Não	27	24,1	14	30,3

Histórico Familiar Cancro Ginecológico				
Sim	8	14,0	14	15,9
Não	49	86,0	74	84,1
Comorbilidade				
Sim	21	36,2	46	51,7
Não	37	63,8	43	48,3

1.2.3. Caracterização dos tratamentos efetuados pelas participantes

Seguidamente, procedeu-se à caracterização da amostra quanto ao tratamento efetuado e em realização no momento da recolha de dados. Verificou-se então relativamente aos tratamentos efetuados que o Grupo com Patologia Maligna apresenta maior percentagem ao nível da Quimioterapia e Hormonoterapia (46,6%) e Quimioterapia isoladamente (25,%), enquanto o Grupo com Patologia Benigna apresenta maior percentagem ao nível da Cirurgia (41,1%), Vigilância (28,6%) e Fármacos (23,3%). Quanto ao tratamento atualmente em realização verifica-se que a grande percentagem das participantes do Grupo com Patologia Maligna encontram-se em Vigilância (46,6%) ou a realizar Quimioterapia (31,8%), enquanto que uma grande maioria das participantes do Grupo com Patologia Benigna encontra-se em Vigilância apenas (98,2%) (Tabela 3).

Tabela 3

Caracterização dos tratamentos efetuados

	Patologia Benigna (N=58)		Patologia Maligna (N=89)	
	N	%	N	%
Tratamento realizado				
Quimioterapia	0	0,0	22	25,0
Radioterapia	0	0,0	8	9,1
Hormonoterapia	0	0,0	5	5,7
Quimioterapia e Hormonoterapia	0	0,0	41	46,6
Quimioterapia, Radioterapia e Braquiterapia	3	5,4	6	6,8
Fármacos	13	23,2	0	0,0
Cirurgia	23	41,1	1	1,1
Vigilância	16	28,6	1	1,1
Outros	0	0,0	4	0,0
Nenhum	1	1,1	0	0,0
Tratamento atual				
Quimioterapia	0	0,0	28	31,8
Radioterapia	0	0,0	4	4,5
Hormonoterapia	0	0,0	7	8,0
Quimioterapia, Radioterapia e Braquiterapia	1	1,8	0	0,0
Vigilância	55	98,2	41	46,6
Outros	0	0,0	5	5,7
Nenhum	0	0,0	3	3,4

1.3. Procedimentos

Serão expostos neste ponto a forma como se procedeu à recolha de todos os dados da investigação. Desta forma, numa fase inicial, foram redigidas cartas sobre os objetivos e procedimentos da investigação em questão, de forma pormenorizada, dirigidas aos vários hospitais portugueses, que solicitaram, em resposta a essa carta/pedido, uma série de documentos para o efeito de autorização por parte das comissões de ética dos mesmos. Devido à inteira disponibilidade apresentada por todos os hospitais em resposta a esse pedido de autorização, percebeu-se que seria melhor delimitar um pouco mais a amostra, optando por agradecer a todos os hospitais que receberam a solicitação, mas enviando os documentos correspondentes a apenas dois dos hospitais (CHTMAD e CHCB) em questão. Também no caso das Universidades, para recolha de dados correspondentes ao Estudo I, e ao mesmo tempo a amostra correspondente à população normativa, foi feito o mesmo procedimento. Enviadas cartas com pedidos de autorização as duas Universidades, que responderam também positivamente, e de igual forma, solicitando documentos para serem apresentados às respetivas comissões de ética das mesmas Universidades. Tudo favorável no que diz respeito a esta parte inicial, ou seja, todos os pedidos aceites. Procedeu-se, assim, numa segunda fase, ao primeiro contacto com os diretores de cada serviço do hospital, neste caso, Oncologia e Ginecologia, para planeamento da melhor estratégia na recolha de dados, de forma a que esta não interferisse no funcionamento normal dos serviços, o que felizmente se verificou na totalidade. No caso da Universidade, por acessibilidade, optou-se igualmente por se fazer a recolha numa única universidade (UTAD). Os primeiros contactos foram feitos diretamente aos próprios docentes de cada curso em que se obteve dados. Em nenhum caso houve recusa de colaboração, ou seja, nem por parte dos alunos nem por parte dos docentes. No primeiro momento, o questionário relativo as palavras *Stroop* foi aplicado na própria sala de aula; num segundo momento, com o teste já constituído, no mesmo contexto de sala de aula, os alunos iam saindo, um a um, dirigindo-se à sala na qual a investigadora aplicava o teste *Stroop* e todo o protocolo. É de realçar que todos os participantes tiveram acesso a um termo de consentimento informado, que explicava todo o processo de investigação, bem como a própria possibilidade de se recusar a participar na mesma.

No hospital, a estratégia de recolha de dados ocorreu da seguinte forma: os diretores dos respetivos serviços propuseram uma participação na reunião semanal com todos os médicos. Aqueles que incidiam a sua prática clínica, maioritariamente, sobre os temas desta investigação, mostraram-se totalmente disponíveis para colaborar, o que se confirmou durante todo o processo de recolha de dados nesse hospital, incluindo também a parte administrativa e da enfermagem. Desta forma, ficou combinado que seria melhor ir nos dias mais específicos destas patologias, bem como nos dias de tratamentos médicos para as mesmas patologias (por exemplo, quimioterapia e radioterapia). A recolha de dados aconteceu de uma forma muito dinâmica, tendo em conta que vários médicos em simultâneo atendiam pacientes passíveis de serem entrevistados (com a duração em média de 45 minutos

cada) neste estudo. Ao início de cada turno, os médicos normalmente imprimiam uma lista com os nomes dos seus pacientes, bem como a patologia que cada um tinha, dando a conhecer a agenda do dia, e a melhor maneira de gerir a recolha de dados. Normalmente, o próprio médico dirigia o seu paciente até a sala onde estava a ser recolhida a amostra. Relativamente à infraestrutura e condições do lugar para a recolha, foram sempre adequados em todos os termos; nos próprios consultórios médicos, também de acordo com a disponibilidade das salas, não se dando a recolha em apenas um gabinete. Também foram entrevistados alguns pacientes que se encontravam internados.

1.3.1.Procedimentos Estatísticos

Antes de partirmos para a descrição da parte empírica propriamente dita, vamos esclarecer alguns pontos importantes em relação aos procedimentos estatísticos utilizados. A estatística tem por objetivo fornecer métodos e técnicas para se lidar com situações sujeitas a incertezas, de uma maneira racional; considerada, essencialmente, como um conjunto de técnicas e métodos de pesquisa que envolve a planificação de experiências, a recolha e organização de dados, a inferência, o processamento, a análise e a disseminação de informação (Maroco & Garcia-Marques, 2006). Os dados da presente investigação basearam-se na estatística descritiva. Huot (2002) define estatística descritiva como um conjunto de técnicas e de regras que resumem a informação recolhida sobre uma amostra ou uma população. Esta forma de tratar os dados pode ser considerada como um conjunto de técnicas analíticas que resume o conjunto dos dados recolhidos, que são organizados, geralmente, através de números, tabelas e gráficos.

É válido realçar também que optámos por não ter hipóteses em prol de responder a objetivos concretos, nomeadamente a construção do teste *Stroop Emocional* para uso na população em estudo, as relações entre variáveis e a construção de um modelo conceptual envolvendo variáveis em estudo. A nossa população-alvo é constituída pelo Grupo Patologia Maligna (mulheres com cancro da mama e ginecológico), tratando-se assim da população na qual fizemos inferências baseadas em toda a amostra.

Depois de recolhidos todos os dados, procedeu-se ao tratamento psicométrico dos dados, recorrendo-se ao programa estatístico SPSS versão 21.0. O SPSS é usado para a análise de dados, permitindo manipular, transformar, criar tabelas e gráficos que resumam as informações obtidas. As suas potencialidades vão além da análise descritiva de um conjunto de dados, sendo ainda possível realizar com este *software* procedimentos mais avançados como inferência estatística, testes de hipóteses e estatísticas multivariadas para dados qualitativos e quantitativos (Lopes, Castelo Branco & Soares, 2013).

Antes de qualquer outra análise fizemos a interpretação da amostra quanto à sua distribuição. A distribuição normal é considerada a mais importante das distribuições de probabilidades, tendo a sua origem associada a erros de mensuração. Mesmo quando se

efetuem repetidas mensurações de determinada grandeza com um mecanismo equilibrado, não é possível obter o mesmo resultado todas as vezes; pelo contrário, obtém-se normalmente um conjunto de valores que variam em torno do valor de referência. Gauss deduziu matematicamente a distribuição normal como distribuição de probabilidade dos erros de observação, designando-a assim por “lei normal dos erros” (Correia, 2003). Neste caso, para o efeito desejado utilizamos o teste de Kolmogorov-Smirnov. O teste Kolmogorov-Smirnov fornece o parâmetro valor de prova (valor- p , p -value ou significância), que pode ser interpretado como a medida do grau de concordância entre os dados e a hipótese nula (H_0), sendo H_0 correspondente à distribuição normal. Quanto menor for o valor- p , também será menor a consistência entre os dados e a hipótese nula. A regra de decisão então é adotada para saber se a distribuição é normal ou não: (i) se valor- $p \leq \alpha$, rejeita-se H_0 , ou seja, não se pode admitir que o conjunto de dados em questão tenha distribuição normal; (ii) se valor- $p > \alpha$, não se rejeita H_0 , ou seja, a distribuição normal é uma distribuição possível para o conjunto de dados em questão (Lopes, Castelo Branco & Soares, 2013).

Nesta investigação, apesar da escolha de instrumentos confiáveis, determinou-se a fiabilidade de cada um, através da avaliação do coeficiente alfa de Cronbach, uma das medidas mais usadas para verificação da consistência interna de grupos de itens. A fiabilidade de um instrumento diz respeito à sua capacidade de fornecer resultados semelhantes em qualquer condição (Ângelo, 2007, Maroco & Garcia-Marques, 2006).

As tabelas foram apresentadas com os valores de Média e Desvio-padrão. Estas medidas são conhecidas por medidas de dispersão ou variabilidade, que têm por função primordial verificar a existência de variabilidade entre os valores do conjunto de dados, tendo por referência um valor central (Battisti & Battisti, 2008).

Em algumas situações foram também utilizadas tabelas de distribuição de frequência, nomeadamente na tabela de dados sociodemográficos e no estudo da construção do *Stroop Emocional*. Este tipo de tabela serve para representar respostas de uma variável aleatória quantitativa quando o tamanho do conjunto de dados é maior ou igual a 20 ($n \geq 20$) (Battisti & Battisti, 2008).

Neste estudo, as análises foram essencialmente multivariadas, para a comparação de grupos. É importante ressaltar a utilização massiva da MANCOVA nesta investigação, para efeito de comparação dos grupos. Este teste é utilizado quando existem três conjuntos de variáveis, ou seja, além de X e Y como na MANOVA, existe igualmente um terceiro conjunto de variáveis, cujas colunas constituem a matriz Z (co-variáveis). Podem-se colocar dois tipos de hipótese de referência: 1) Uma relativa às co-variáveis, tal como no caso das correlações canónicas ou regressão linear múltipla, que estabelece que $D = 0$, ou seja, esta hipótese linear de referência estabelece a não existência de uma relação linear entre o conjunto das variáveis resposta (Y) e o conjunto das co-variáveis (Z); 2) Outra relativa ao teste de interesse em

causa, como na MANOVA. Neste caso, para se verificar se existe uma relação linear entre as variáveis resposta (Y) e as variáveis para o teste de interesse em causa (X), deve ter-se em atenção a existência das co-variáveis que constituem as colunas da matriz Z. Há vários propósitos para se utilizar a MANOVA ou a MANCOVA, como, por exemplo, comparar diferenças de grupo ou ainda rejeitar uma hipótese linear de referência. Para comparar grupos formados por variáveis independentes sobre as diferenças de grupo num conjunto de variáveis (Garson, 2015).

Contudo, nesta investigação também se recorreu a análises correlacionais. Quando temos duas amostras de observações medidas numa escala de intervalos ou razões, podemos medir o grau de associação linear entre elas, pelo coeficiente de correlação de *Pearson* (*Pearson product-moment correlation coefficient*) (Schweigert, 1994; Siegel & Castellan, 1988). O coeficiente de correlação varia entre -1 e 1. R assume então o valor 1 quando os pontos (x_i , y_i) estão exatamente sobre uma reta de declive positivo. Sendo assim, um aumento numa das variáveis corresponde necessariamente a um aumento na outra, ao passo que R assume o valor -1 quando os pontos estão exatamente sobre uma recta de declive negativo. Nesta situação, um aumento numa das variáveis corresponde a uma diminuição na outra. Geralmente, observamos valores de R que em módulo são inferiores a 1. Quando as amostras são independentes, o valor do coeficiente será próximo de zero ou mesmo zero. Por isso, é difícil avaliar o significado de um valor observado para r. Pode acontecer que $r = 0.6$ represente pouca associação e $r = 0.4$ represente muita associação. Uma interpretação usual do coeficiente de correlação amostral passa por considerar o seu valor elevado ao quadrado, R^2 , a que se chama coeficiente de determinação. Uma vez que $-1 \leq R \leq 1$ o coeficiente de determinação está sempre entre 0 e 1. É o mesmo que dizer que quando duas variáveis aleatórias estão associadas, a variação de uma delas implica algum tipo de variação na outra (Schweigert, 1994; Siegel & Castellan, 1988).

Por último, para responder ao objetivo de criar um modelo conceptual, procurando responder à influência de variáveis independentes sobre a QV no Grupo Patologia Maligna, tivemos como parâmetro os modelos de regressão. Estes modelos podem ser classificados segundo o número de variáveis independentes. Por exemplo, quando existe apenas uma variável independente denomina-se “Modelo de Regressão Simples”; quando se tem mais de uma variável independente denomina-se “Modelo de Regressão Múltipla”, como é nosso caso. Pode igualmente ser classificado de acordo com o tipo de função que define o modelo, podendo ser representada por diferentes tipos de equações (linear, polinomial, etc.) (Ferreira, 2013). Quantas mais variáveis no modelo, maior se torna a estimativa do erro e mais dependente o modelo fica dos dados observados. No nosso estudo recorrámos ao Método de Seleção *Stepwise*. Este método distingue-se pelo que acontece à variabilidade devido ao efeito comum das variáveis independentes (quando estão correlacionadas entre si) e pelos critérios da ordem de entrada das variáveis independentes na equação. Qualquer procedimento para

seleção ou exclusão de variáveis de um modelo é baseado num algoritmo que testa a importância das variáveis, incluindo ou excluindo-as do modelo com base numa regra de decisão. A importância da variável é definida em termos de uma medida de significância estatística do coeficiente associado à variável para o modelo. Essa estatística depende em grande medida das suposições do modelo (Ferreira, 2013).

1.4. Instrumentos

Tendo anteriormente categorizado a amostra quanto às suas principais características sociodemográficas, podemos agora descrever os instrumentos selecionados para responder aos objetivos principais e gerais desta investigação:

1.4.1. Teste *Stroop* Emocional

O *Stroop Emocional* (*Modified Stroop Color Naming Procedure*) é uma versão modificada do teste de atenção visual seletiva na sua versão original, desenvolvida por John Ridley Stroop, em 1935 (Sternberg, 2008). Tratando-se assim de um instrumento capaz de identificar as mais diversas condições psicopatológicas; caracterizando-se pela apresentação de palavras com valência neutra e afetiva (positiva ou negativa). Ou seja, as lâminas são compostas por um lado, com informações neutras, e por outro lado, com informações afetivas, que contém estímulos positivos e negativos. Dessa forma, os sujeitos são solicitados a nomear, o mais rapidamente que conseguirem, a cor da palavra impressa ignorando o significado delas. Estas palavras estão especificamente relacionadas com a psicopatologia que se pretende avaliar (Williams, et al., 1996; Williams, Mark, Watts, MacLeod & Mathews, 1988), o que resulta em dissonância cognitiva, uma consequência da interferência de *Stroop Emocional*. Isto ocorre devido a morosidade em nomear as cores das palavras quando estas têm conteúdo emocional significativo para o sujeito (Dresler, Mériaux, Heekeren & Meer, 2009; Johansson, Carlbring, Ghaderi & Andersson, 2008; Dueñas, Ungueti, Lupiáñez & Acosta, 2006; Strauss & Allen, 2006; McKenna & Sharma, 2004; Williams, et al., 1996).

A teste pressupõe então a apresentação de palavras que se associem com a problemática em questão. Por exemplo, no estudo do *Stroop Emocional* para depressão, foram utilizadas palavras como choro e solidão, geradoras de um efeito disruptivo das funções cognitivas relacionadas com esta patologia (Pérez, Rivera, Fuster & Rodríguez, 1999; Williams, et al., 1996). Essa preferência particular das pessoas por selecionarem a palavra, ao invés da cor, gera dificuldade em executar o objetivo da tarefa em si, uma vez que o sujeito focaliza sua atenção nos estímulos negativos, negligenciando a tarefa (Johansson, et al., 2008; Mathews & Williams, et al., 1996). E é esse conteúdo emocional que gera o tal efeito disruptivo nas funções cognitivas; por estar diretamente relacionado com a problemática do sujeito (Johansson et al., 2008; Williams, Watts, MacLeod & Mathews, 1997, citado por Pérez, et al., 1999; Williams, et al., 1996). Esta hipótese de seleção preferencial por estímulos ameaçadores foi testada e confirmada em diversos estudos com indivíduos com as mais

variadas tipologias psicopatológicas (Lavy, Oppen & Hout, 1994, citado por Montagnero, Lopes & Galera, 2008). No que se refere à forma de apresentação dos estímulos, neste estudo será utilizada a versão proposta por Golden (1978, 1998), contendo 10 por 10 itens (100 por página) por cada lâmina. Segundo o autor as diferenças individuais das versões, no que toca aos formatos de apresentação, não afetam os sujeitos normais. Porém, afetam os sujeitos com perturbações; a leitura por linha pode provocar a perda de orientação espacial da página (Golden, 1998). Já no que diz respeito às instruções, existem 47 diferenças entre as várias versões, constatando-se o mesmo quanto à cotação do teste, que tanto pode efetuar-se com base na contagem dos itens lidos ou nomeados durante os 45 segundos estipulados para cada subteste (Golden, 2001, 1978), ou ainda, com desconto de erros e hesitações do total, calculando assim um score (Albaret & Migliore, 1999; Comalli, Wapner, Werner, 1962). Por esses motivos, o Teste *Stroop Emocional* vem sendo utilizado em inúmeros estudos, mostrando sempre esse aumento do tempo de latência nas respostas para a lista de palavras específicas (Fava, et al., 2009; Sternberg, 2008; Taghavi, Dalglish, Moradi, Neshat-Doost & Yule, 2003, citado por Puliafico & Kendall, 2006; Kristensen, 2005; Kindt, Bogels, & Morren, 2003; Cabaco, et al., 2002; Freeman & Beck, 2000; Kaspi, Williams, et al., 1996; McNally & Amir, 1995; Cassiday, Zeitlin e McNally, 1993; Foa, Feske, Murdock, Kozak, & McCarthy, 1991; Stroop, 1935). Fundamentalmente, estas investigações têm-se centrado na análise da atenção seletiva e emocional em relação a estímulos relevantes que podem afetar a realização de tarefas onde o processamento da informação se caracterizaria por dissonância cognitiva. E é por esta razão que se utiliza, frequentemente, o protocolo de *screening Stroop Emocional* como ferramenta de avaliação clínica, já que ao fazer uso de estímulos ameaçadores, tanto físicos como sociais, é possível identificar os sujeitos que padecem das psicopatologias associadas às escalas; por apresentarem maior tempo de reação comparativamente aos sujeitos sem as mesmas patologias (Greco, 1993, cit. in Cabaco, et al., 2002).

Nesta investigação, optámos por construir o Teste *Stroop Emocional* com *screening* para Alexitimia. A construção do teste pressupõe uma série de passos que serão, posteriormente, apresentados e descritos:

1.4.1.1. Apresentação e Descrição dos Resultados na Construção do Teste *Stroop Emocional* para *screening* da Alexitimia

Primeiramente, recorreu-se a uma amostra de conveniência, transversal e de natureza quantitativa (Huot, 2002), para a construção do Teste *Stroop Emocional* com *screening* para a Alexitimia, de modo a atender o primeiro grande objetivo desta investigação, que é a criação deste teste para uso na amostra em estudo. Por isso justifica-se que conste na descrição dos instrumentos.

O teste de *Stroop Emocional* é considerado uma ferramenta fiável de enorme utilidade, pela sua rápida execução e simplicidade de interpretação, como já tivemos a oportunidade de ver

na revisão da literatura. Devido a este facto, têm surgido cada vez mais investigações a recorrerem a este teste para identificar pacientes que padeçam de perturbações avaliadas pelo mesmo (Jones & Bachok, 1992 cit. in Cabaco, et al., 2002; Green & McKenna, 1993, Mogg, Kentish & Bradley, 1993; Ben-Tovin, Walker, Fok & Yap, 1989). Desta forma, este teste poderá ser valioso em estudos psicopatológicos detalhados para discriminar diferentes manifestações clínicas. Ainda que a Alexitimia não esteja equiparada a essas psicopatologias, nos termos de se tratar igualmente de uma patologia psiquiátrica, é consensual que está diretamente relacionada à altos índices de Sintomatologias Psicopatológicas (Prazeres, 2000; Taylor, et. al., 1997; Krystal, 1979; Taylor, 1984).

Para o efeito de construção do teste, foram selecionados então, num primeiro momento, 6 psicoterapeutas (psicólogos com experiência clínica ou com grande familiaridade com o tema da Alexitimia) que avaliaram uma lista de 67 palavras emocionais gerais (positivas e negativas), que, posteriormente, deram origem à lâmina denominada 2; seguidamente, avaliaram 91 palavras emocionais específicas, isto é, mais diretamente ligadas ao tema da Alexitimia. As palavras eram avaliadas em ambas as situações de acordo com uma escala do tipo *Likert*, onde 1 correspondia a Muito negativa, 2 Negativa, 3 Neutra, 4 Positiva e 5 Muito positiva. Tudo isto com o objetivo de identificar as 10 palavras com maior relevo emocional que compuseram as lâminas 2 e 3. Após serem identificadas as 10 palavras emocionalmente mais ativadoras em cada lâmina (sendo 5 de carácter positivo e 5 de carácter negativo), as duas lâminas foram compostas com estas características. Num segundo momento, a amostra foi composta por 300 sujeitos, alunos da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Especificamente, o objetivo principal de criar o Teste *Stroop Emocional* concretiza-se através dos seguintes objetivos secundários, em duas fases:

A primeira fase foi definir a partir de um conjunto de palavras, quais são aquelas que correspondem à categoria de palavras positivas e negativas do foro geral das emoções, para a construção da lâmina número 2. Seguidamente, o mesmo foi feito, com um conjunto de palavras, que correspondem à categoria de palavras positivas e negativas do foro específico das emoções, para a construção da lâmina número 3. O critério em relação as palavras serem gerais ou específicas, diz respeito a que, quando são gerais remetem a aspetos positivos ou negativos inerentes à palavra (por exemplo, praia (positiva) e velório (negativa)); já no caso das palavras específicas, estas se centram na literatura das emoções e da Alexitimia, sendo geralmente emoções propriamente ditas. A lâmina 1 não passou pelos mesmos procedimentos porque utilizámos uma lâmina com palavras neutras (instrumentos musicais) de uma investigação anterior e semelhante à nossa (Martínez, 2012).

Este procedimento é ancorado pela teoria dos protótipos. A organização do nosso conhecimento ocorre por categorias nas quais englobamos aquisições de conhecimento (Rosch, 1973). Cada item é considerado como pertencente a uma dada categoria, não por se

saber que possui um determinado atributo, mas por se considerar que as suas dimensões se aproximam das ideias compostas pelo atributo, ou seja, essas ideias preveem graus de pertencimento da categoria a partir dos atributos de um membro mais central desta categoria (Taylor, 1989). Taylor, e outros cognitivistas, argumentam que os falantes das línguas naturais formam categorizações de objetos linguísticos do mesmo modo como formam categorizações de objetos naturais e culturais, o que quer dizer que os princípios psicológicos que regem o comportamento linguístico são os mesmos que regem outros dos nossos comportamentos. É importante referir que as categorizações se podem distinguir em termos de nível básico, portanto, membros mais prototípicos (ou mais centrais) de uma categoria, e em termos de nível não-básico, isto é, representantes de membros marginais da mesma categoria (Taylor, 1989). Segundo Jacob e Shaw (1998, p.155) “a categorização é um processo cognitivo de divisão de experiências de mundo em entidades, objetos, ideias e ações, resultando na construção de uma ordem física e social do mundo”.

Em resumo, como processo cognitivo, a categorização proporciona uma economia cognitiva extremamente eficaz, simplificando a nossa vida, na medida em que nos permite dividir os estímulos em classes (coisas e eventos) para compactar a quantidade de informação importante de assimilar. Partindo desta compreensão, este processo cognitivo é organizado como uma rede semântica, em que os dados da realidade se associam criando representações mentais (conceitos), e estas, por sua vez, combinam-se em redes de significados para a percepção e organização da realidade (Murphy, 2004).

Na segunda fase, qualificou-se as palavras positivas e negativas gerais (lâmina nº2) de acordo com a sua familiaridade, frequência de uso, nível de conhecimento e grau de evocação da imagem, tal como se fez o mesmo com as palavras positivas e negativas específicas (lâmina nº3). Para isso foram selecionados 300 alunos universitários da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Considerando a frequência com que se utiliza estas palavras no quotidiano, eles caracterizaram-nas, colocando um X, de acordo com a seguinte escala: Nada Frequente, Pouco Frequente, Frequente e Muito Frequente. Ao pedir a avaliação referente ao grau em que as palavras lhe eram familiares, a amostra tinha de caracterizar as palavras de acordo com a sua familiaridade, utilizando a seguinte escala: Nada Familiar, Pouco Familiar, Familiar e Muito Familiar, marcando um X na coluna correspondente à sua avaliação. Depois, foi pedido, de acordo com o significado que cada palavra tem para si, ou seja, o nível de compreensão que tinham delas, para as caracterizarem de acordo com a escala: Muito Difícil Compreensão, Difícil Compreensão, Fácil Compreensão e Muito Fácil Compreensão, colocando um X na coluna correspondente à sua avaliação. Por último, tendo em conta o Grau de Evocação de Imagem, ou seja, o surgimento de uma imagem mental associada à palavra, foi pedido que classificassem as palavras de acordo com a seguinte escala: Muito Difícil de Evocar, Difícil de Evocar, Fácil de Evocar e Muito Fácil de Evocar, colocando um X na coluna correspondente à sua avaliação.

É importante referir que optámos por apresentar a informação da construção do Teste Stroop com *screening* para Alexitimia neste ponto, porque entendemos que é um teste objetivo para uso na presente investigação, o que não impede que estes resultados sejam levados em conta nas próximas investigações do tema.

1.4.1.2. Resultados da avaliação das palavras gerais e específicas do Teste *Stroop* com *screening* para a Alexitimia

Palavras Gerais

Relativamente aos resultados do conjunto das palavras gerais, bem como à frequência do uso das palavras dele constituintes, é possível verificar através da Tabela 4 que, todas as palavras positivas apresentaram valores acima da média de referência (2,50), estando o valor mais baixo associado à palavra Sucesso (2,86) e os valores mais elevados associados às palavras Sorriso (3,29) e Saúde (3,24). Já no que respeita às palavras gerais negativas, verifica-se que a sua frequência de utilização é bastante mais baixa, sendo a palavra Desgraça a apresentar o valor mais elevado (1,73) e a palavra Rapto a apresentar o valor mais baixo (1,29).

Tabela 4

Frequência de utilização das Palavras Gerais

Palavras	N	Média	Desvio Padrão
Sorriso	300	3.28	.71
Sucesso	300	2.85	.70
Saúde	300	3.24	.67
Paz	300	2.93	.87
Abraço	300	3.17	.78
Rapto	300	1.29	.55
Miséria	300	1.62	.76
Luto	300	1.56	.70
Desgraça	300	1.72	.84
Tumor	300	1.60	.83

Seguidamente, foi avaliado o conjunto de palavras gerais quanto à familiaridade, tendo-se verificado que mais uma vez os valores das palavras positivas encontram-se todos acima do valor médio de referência (2,50) e os valores das palavras negativas apresentam-se inferiores. As palavras Sorriso (3,63) e Abraço (3,57) constituem-se como as palavras gerais com maior familiaridade e a palavra Rapto como a palavra geral com menor familiaridade (3,16) (Tabela 5).

Tabela 5

Familiaridade das Palavras Gerais

Palavras	N	Média	Desvio Padrão
Sorriso	300	3.63	.56
Sucesso	300	3.37	.64
Saúde	300	3.53	.59
Paz	300	3.49	.62
Abrço	300	3.56	.63
Rapto	300	1.83	1.00
Miséria	300	2.08	1.02
Luto	300	2.18	1.01
Desgraça	300	2.08	1.02
Tumor	300	2.08	1.06

Avaliando agora a compreensão das palavras gerais constata-se que são as palavras Sorriso (3,52) e Abraço (3,47) que apresentam valores médios de compreensão mais elevados, contrariamente à palavra Rapto (2,37) que apresenta o valor médio de compreensão mais baixo. Com a exceção deste último construto, todas as palavras apresentam valores de compreensão superiores ou bastante próximos ao valor médio de referência (2,50) (Tabela 6).

Tabela 6

Compreensão das Palavras Gerais

Palavras	N	Média	Desvio Padrão
Sorriso	300	3.52	.69
Sucesso	300	3.30	.73
Saúde	300	3.36	.72
Paz	300	3.34	.76
Abrço	300	3.47	.70
Rapto	300	2.36	1.09
Miséria	300	2.46	1.00
Luto	300	2.55	1.02
Desgraça	300	2.46	1.01
Tumor	300	2.45	1.03

No que concerne aos resultados referentes à evocação das palavras gerais, verifica-se, na Tabela 7 que, todas as palavras positivas apresentaram, novamente, valores médios superiores ao valor médio de referência (2,50), sendo os valores mais elevados representados

pelas palavras Sorriso (3,63) e Abraço (3,61). Os valores mais baixos cabem novamente às palavras negativas, representados desta vez pelas palavras Rapto (2,35) e Tumor (2,38).

Tabela 7

Evocação das Palavras Gerais

Palavras	N	Média	Desvio Padrão
Sorriso	300	3.63	.61
Sucesso	300	3.30	.69
Saúde	300	3.44	.67
Paz	300	3.36	.71
Abraço	300	3.61	.63
Rapto	300	2.35	1.10
Miséria	300	2.52	1.02
Luto	300	2.63	1.04
Desgraça	300	2.43	.99
Tumor	300	2.38	1.08

Palavras Específicas

No que concerne aos resultados do conjunto de palavras específicas, quanto à frequência da sua utilização, verifica-se, na Tabela 8 que, se mantém o mesmo padrão de resultados, uma vez que todas as palavras positivas apresentaram valores médios mais altos, sendo o valor mais elevado representado pela palavra Respeito (3,20) e o valor mais baixo representado pela palavra Cólera (1,35).

Tabela 8

Frequência de utilização das Palavras Específicas

Palavras	N	Média	Desvio Padrão
Amor	300	2.98	,85175
Alegria	300	2.87	,77251
Desejo	300	2.63	,81772
Respeito	300	3.19	,70211
Empatia	300	2.44	,86924
Pânico	300	1.85	,71661
Raiva	300	1.93	,80273
Agressão	300	1.60	,75845
Angústia	300	1.73	,69558
Cólera	300	1.35	,59132

De seguida, foi avaliado o conjunto de palavras específicas quanto à familiaridade, verificando-se que, os valores mais baixos de familiaridade estão, mais uma vez, associados às palavras negativas, sendo a palavra Cólera (1,78) a apresentar o valor mais baixo e as palavras Respeito (3,67) e Amor (3,65) a apresentarem os valores médios mais elevados, como se encontra explanado na Tabela 9.

Tabela 9

Familiaridade das Palavras Específicas

Palavras	N	Média	Desvio Padrão
Amor	300	3.65	.54
Alegria	300	3.62	.58
Desejo	300	3.28	.69
Respeito	300	3.67	.51
Empatia	300	3.16	.71
Pânico	300	2.35	.93
Raiva	300	2.33	.95
Agressão	300	2.03	.95
Angústia	300	2.17	.91
Cólera	300	1.77	.86

Relativamente aos resultados da compreensão das palavras específicas, é possível verificar através da Tabela 10 que, todas as palavras se encontram com valores superiores ou próximos do valor médio de referência (2,50), à exceção da palavra Cólera que representa o valor mais baixo de compreensão (2,06) e os valores mais elevados associados à palavra Respeito (3,51).

Tabela 10

Compreensão das Palavras Específicas

Palavras	N	Média	Desvio Padrão
Amor	300	3.16	.90
Alegria	300	3.43	.66
Desejo	300	3.21	.75
Respeito	300	3.50	.66
Empatia	300	3.11	.77
Pânico	300	2.65	.89
Raiva	300	2.69	.91
Agressão	300	2.47	1.04
Angústia	300	2,45	.92
Cólera	300	2,06	.96

Por último, foi avaliado o conjunto de palavras específicas quanto à evocação das palavras dele constituintes, verificando-se novamente que todos os valores se encontram iguais ou superiores ao valor médio de referência (2,50) tendo sido considerada a palavra Alegria (3,57) a de maior evocação e a palavra Cólera (1,98) a de valor médio mais baixo de evocação (Tabela 11).

Tabela 11

Evocação das Palavras Específicas

Palavras	N	Média	Desvio Padrão
Amor	300	3.42	.79
Alegria	300	3.57	.59
Desejo	300	3.32	.73
Respeito	300	3.45	.65
Empatia	300	3.10	.77
Pânico	300	2.72	.91
Raiva	300	2.78	.88
Agressão	300	2.65	1.00
Angústia	300	2.49	.84
Cólera	300	1.97	.90

1.4.1.3. *Stroop* Emocional e Alexitimia: Estudo de Validade Concorrente

Com o intuito de averiguar a associação existente entre o *Stroop* Emocional e a Alexitimia, realizaram-se correlações das três lâminas do *Stroop Emocional* com as dimensões presentes no TAS-20.

Pela observação da Tabela 12 verifica-se que são o fator Estilo de Pensamento Orientado para o Exterior do TAS-20 que apresenta maiores valores de correlação estatisticamente significativa, no sentido negativo, com as três Lâminas de *Stroop Emocional*: Primeira Lâmina ($r = -.269$, $p < .01$); Segunda Lâmina ($r = -.274$, $p < .01$) e Terceira Lâmina ($r = -.228$, $p < .01$). O fator Dificuldade em Identificar Sentimentos e em Distingui-los das Sensações Corporais da Emoção e o total da Escala do TAS-20 também apresentam correlações negativas estatisticamente significativas com as três Lâminas do *Stroop Emocional*, embora com valores de correlação mais fracos. Por sua vez, o fator Dificuldades em Descrever Sentimentos dos Outros do TAS-20 não apresenta valores de correlação estatisticamente significativos com nenhuma das lâminas do *Stroop Emocional*.

Tabela 12

Correlações entre os fatores da Alexitimia e as três Lâminas do *Stroop* Emocional.

Dimensões do TAS-20	Stroop Emocional		
	Primeira Lâmina	Segunda Lâmina	Terceira Lâmina
Fator 1	-,199**	-,188**	-,177**
Fator 2	-,022	-,004	-,019
Fator 3	-,269**	-,274**	-,228**
TAS-20 Total	-,187**	-,175**	-,147*

- Legenda:

Fator 1 - Dificuldade em Identificar Sentimentos e em Distingui-los das Sensações Corporais da Emoção;
Fator 2 - Dificuldades em Descrever Sentimentos dos Outros;

Fator 3 - Estilo de Pensamento Orientado para o Exterior.

Em síntese, os resultados obtidos de acordo com as fases que compuseram a prova (lâmina 2 e lâmina 3) têm como suporte científico a teoria dos protótipos, isto é, todas as palavras, numa primeira fase, foram categorizadas através da opinião especializada de juízes (Psicólogos clínicos) que pertencem à mesma área de investigação deste trabalho. De forma que, todas as palavras que compuseram as listas foram consideradas pertinentes por estes juízes, tendo sido já previamente escolhidas pelos investigadores de acordo com as teorias das emoções e da Alexitimia. Depois de analisadas as palavras mais fortes, estaticamente, de acordo com as respostas dos 6 juízes (numa avaliação do tipo *Likert*), de certa forma, escolhemos (já que algumas palavras tiveram resultados idênticos ou muito parecidos), as 10 palavras que vieram a compor a Lâmina 2 (palavras positivas e negativas gerais) e a a Lâmina 3 (palavras positivas e negativas específicas).

Depois de realizado o trabalho de constituir um grupo de palavras representativas, foram construídas duas lâminas (categorias) contendo cada uma delas palavras emocionais, ora gerais (Lâmina 2), ora específicas (Lâmina 3). Detalhadamente, a lista com as palavras mais relevantes, de acordo com a opinião dos juízes, foi designada por segunda lâmina do Teste *Stroop* com *screening* em Alexitimia, num total de 10 palavras emocionais gerais: Sorriso, Sucesso, Saúde, Paz, Abraço, Rapto, Miséria, Luto, Desgraça e Tumor. Já a segunda lista realizada para se julgar as palavras que comporiam a terceira lâmina, foi composta por palavras emocionais, desta vez específicas, das emoções: Amor, Alegria, Desejo, Respeito, Empatia, Pânico, Raiva, Agressão, Angústia e Cólera.

Relativamente à primeira lâmina do Teste, a Neutra (I), esta foi extraída da dissertação de Martinez (2012), compondo assim e naturalmente palavras sem conteúdo emocional, ou seja,

neutras, da categoria de instrumentos musicais. Dado existirem trabalhos semelhantes realizados anteriormente, e até pela mesma orientadora desta dissertação, julgou-se desnecessário fazer os mesmos procedimentos que foram realizados nas lâminas posteriores (2 e 3).

Seguidamente, estas 20 palavras seleccionadas pelos juízes (recordando que foram 10 palavras emocionais gerais e 10 palavras emocionais específicas) passaram posteriormente pela avaliação de 300 estudantes de vários cursos da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, para se obter os seus graus de Frequência, Familiaridade, Nível de Compreensão e Grau de Evocação de Imagem. De referir que esta amostra é de considerável amplitude, garantindo assim uma maior fiabilidade aos resultados.

Começamos por analisar então os resultados da lista de palavras positivas e negativas emocionais específicas, no que diz respeito à Frequência de utilização; verificou-se que todas as palavras positivas apresentaram valores acima da média (2,50), tendo a palavra Respeito (3,19) um maior destaque neste sentido, seguidas das palavras Amor (2,98) e Alegria (2,87). Já as palavras negativas da mesma lâmina, e no mesmo âmbito de avaliação, apresentaram valores médios bastante baixos, tendo sido as palavras Cólera (1,35) e Agressão (1,60) a apresentarem os valores ainda mais baixos.

No que concerne à Familiaridade e às palavras positivas específicas, todas as palavras sem exceção apresentaram médias altas, tendo Respeito (3,67) e Amor (3,65) os valores mais relevantes. Em relação às palavras específicas negativas, e ainda de acordo com a avaliação da familiaridade, também na mesma tendência da Frequência, estas palavras apresentaram menores valores em comparação com as palavras positivas da mesma esfera, com a diferença de que todas as palavras ficaram abaixo da média (2,50), tendo tido menores pontuações as palavras Agressão (2,03) e Cólera (1,77).

Analisando agora a Compreensão das palavras positivas com origem específica, todas as palavras apresentaram valores bastantes acima da média, com ênfase para Respeito (3,50) e Alegria (3,43). Relativamente às palavras negativas de carácter específico, também neste caso, e seguindo a mesma tendência da Familiaridade, as palavras negativas apresentaram valores mais baixos, com exceção de Raiva (2,69) e Pânico (2,65) que apresentaram valores um pouco acima da média.

Por último, no que concerne às palavras específicas, analisámos agora as palavras positivas no que se compreende por Evocação da Imagem. Todas as palavras, também neste caso, revelaram valores médios altos, tendo a palavra Alegria (3,57) uma média ainda mais alta. Já no caso das palavras negativas específicas, apenas a palavra Cólera (1,97) não apresentou valor estatístico médio.

Partimos agora para a análise dos resultados das palavras positivas e negativas gerais no que toca à Frequência, Familiaridade, Compreensão e Evocação da imagem. Começamos por analisar então a frequência das palavras positivas gerais, as palavras Sorriso (3,28) e Saúde (3,24) apresentaram os maiores índices médios; todas as demais palavras seguiram igualmente essa tendência com valores médios relativamente altos. No que toca às palavras negativas gerais nessa análise, todas as palavras apresentaram valores médios de Frequência de utilização muito baixos, com destaque para Rapto (1,29). De facto, Rapto não é uma palavra muito usual em Portugal, por ser um fenómeno mais ou menos incomum de se suceder.

Relativamente à Familiaridade das palavras positivas gerais, todas estas, tal como no caso das específicas, apresentaram índices médios altos, sempre acima dos 3,0, tendo Sorriso (3,28), conforme na Frequência, o valor mais considerável neste sentido, seguidas pelas palavras Abraço (3,56) e Saúde (3,53). Quanto às palavras negativas gerais, nesta análise, também os resultados foram baixos, apresentando curiosamente as palavras Miséria, Desgraça e Tumor o mesmo valor (2,08); tendo Rapto (1,83) o valor médio mais baixo e Luto (2,18) o valor mais alto.

Agora levando em consideração as palavras gerais, no que toca à Compreensão, as palavras positivas apresentaram sempre muito bom nível de compreensão, no geral, com mais um destaque para Sorriso (3,52) e Abraço (3,47). As palavras negativas apresentaram valores próximos da média, mas apenas Luto (2,55) ultrapassou, ligeiramente, o valor médio.

A última análise feita em relação às palavras gerais diz respeito à Evocação da Imagem, que apresentou, no caso das palavras positivas, valores de boa evocação em todas as palavras: Sorriso (3,63), Sucesso (3,30), Saúde (3,44), Paz (3,36) e Abraço (3,61). Já em relação às palavras negativas, uma vez mais, apresentaram valores mais baixos relativamente às palavras positivas; mas ainda assim próximos da média ou acima: Rapto (2,35); Miséria (2,52); Luto (2,63), Desgraça (2,43) e Tumor (2,38).

Verificamos algumas interferências na avaliação das palavras negativas, contudo, não foi nada que se considere significativo do ponto de vista estatístico, levando-nos até a inferir que, por si só, o facto de as palavras terem conteúdo emocional negativo fez com que estas tivessem sido avaliadas quase sempre com valores inferiores aos das palavras positivas. A efetividade do teste em relação à deteção da Alexitimia foi muito modesta entre lâminas, tendo realmente a Lâmina 1 demonstrado os melhores resultados, por ser neutra, e em contrapartida, como seria de esperar, a lâmina 3 a apresentar resultados inferiores. Contudo, acreditamos que este teste deve ser testado mais vezes, em outras populações, pois não ficamos, de todo, convencidos da interferência *Stroop*, por estes resultados terem sido, como já referimos, muito modestos do ponto de vista estatístico.

Em síntese, foi notório nestas análises que as palavras positivas, tanto gerais como específicas, apresentaram valores mais altos em todos os parâmetros comparativamente com as palavras negativas; nunca ocorrendo o contrário. Mesmo que em alguns parâmetros as palavras negativas tenham revelado valores bastante baixos, é de salientar, que, pelo menos no que toca à Compreensão, são todas palavras com valores altos ou muito próximos da média, considerando-se esta a análise que melhor salvaguarda a avaliação dos outros parâmetros.

Estes resultados podem ter sofrido influência da teoria da desejabilidade social, quando opiniões, valores e atitudes estão sujeitos às normas e sanções sociais, devido à utilização do autorrelato (Schmitt & Steyer, 1993). As influências dessas normas culturais podem resultar em padrões de respostas denominadas normalmente de viés de resposta. Segundo Furnham (1986), este termo inclui tanto uma dissimulação positiva (tendência a dar respostas positivas) como negativa (sempre responder negativamente). Ressalta-se que a “negatividade” não é um construto muito aceite socialmente, ou seja, tudo que possa ser considerado negativo é aversivo; provavelmente, estas respostas podem ter incorrido, de facto, neste fenómeno de desejabilidade social; talvez de forma inconsciente, por supressão do que é negativo, como explicamos anteriormente (Fortes, 2009; Freud, 1920).

Sobre a questão da receção das informações com conteúdo emocional por parte de sujeitos alexitímicos, esta questão remete-nos ao facto do alexitímico apresentar um pensamento orientado para o exterior, um facto altamente reconhecido e documentado na literatura do tema. Mesmo assim, não acreditamos nessa única influência, pois também a mesma literatura não nega que o sujeito alexitímico sente emoções. Achamos pertinente, desta forma, perceber como se dá, com mais pormenores, mesmo em termos neurológicos, este processamento das informações com conteúdo estritamente emocional. Na verdade, não encontrámos na literatura do tema algo tão específico quanto isso. Aqui, nesta parte, já adiantamos o aspeto da Alexitimia pois, como veremos adiante, boa parte da amostra revelou algum índice da mesma.

No que concerne aos trabalhos futuros, é intenção dos investigadores que se dê continuidade a este estudo exploratório, de forma a que o Teste *Stroop Emocional* para deteção da Alexitimia seja elaborado e testado em outras amostras normativas e clínicas como também a mesma amostra aqui avaliada, para, se possível, se tornar uma prova de avaliação que se possa ser aplicada por psicólogos na sua prática clínica.

1.4.2. Toronto Scale (TAS-20) (Veríssimo, 2001; Prazeres, 2000)

O Toronto Scale (TAS-20) (Veríssimo, 2001; Prazeres, Parker & Taylor, 2000; Prazeres, 2000; Prazeres, 1996; Parker, Bagby, Taylor, Endler & Schmitz, 1993) é um instrumento de autoavaliação, desenvolvido originalmente por Bagby, Parker e Taylor (1994), constituído por 20 itens largamente utilizado, sendo seguramente a medida mais validada da Alexitimia; que

permite reconhecer três aspetos distintos do constructo. É pedido a pessoa para que registe o seu grau de concordância para cada um dos itens, numa escala do tipo *Likert* de cinco pontos: 1: Discordo totalmente; 2: Discordo em parte; 3: Não concordo nem discordo; 4: Concordo em parte; 5: Concordo totalmente. Esta escala foi traduzida em diversos idiomas, e sua estrutura factorial validade cruzadamente em várias amostras, por via da análise factorial confirmatória, demonstrando assim estrutura estável e replicável quando se pretende medir o construto de Alexitimia: (Fator 1) dificuldade em identificar sentimentos; (Fator 2) dificuldade em descrever os sentimentos aos outros; (Fator 3) estilo de pensamento orientado para o exterior.

Veríssimo (2001) avaliou a fiabilidade da TAS para aplicação na população portuguesa. Numa primeira parte, procedeu à validação semântica e à análise estrutural confirmatória do questionário, bem como analisou a coerência interna dessa medida e a sua estabilidade no tempo (teste-reteste). Numa segunda parte, deteve-se a analisar aspetos da sua validade, verificando procedimentos descritos como adequados, passando depois à aplicação a três grupos populacionais distintos: estudantes universitários (N=468), pacientes em consulta de rotina num serviço de atendimento geral (N=50) e pacientes com doença inflamatória do intestino (N=74). Embora se reconheça alguma instabilidade na replicação exata do modelo original, a análise factorial confirmatória permitiu de algum modo identificar os três fatores da escala.

A nível de cotação, o questionário fornece uma nota global, resultante da soma de todos os itens, tendo igualmente também cada dimensão uma nota. Ao nível da nota global os sujeitos podem ser categorizados como *Não alexitímicos* ($TAS \leq 51$), *Intermédio* ($51 < TAS < 61$) e *Alexitímicos* ($TAS \geq 60$) (Brás, 2008).

A TAS-20 apresenta uma adequada consistência interna (0.79), e os estudos seguintes demonstraram o mesmo, e além disso, valores de precisão excelentes no teste-reteste (média de consistência interna de 0.75) (Brás, 2008; Veríssimo, 2001; Prazeres, Parker & Taylor, 2000).

1.4.3. Escala de Inteligência Emocional de Schutte (Schutte, Malouff, Hall, Haggerty, Cooper, et al., 1998)

A Escala de IE de Schutte (Mayer e Salovey, 1998) é um instrumento de autorrelato que mede o nível de IE do indivíduo, sendo composto por uma escala do tipo *Likert*, onde 1 é representado por “Desacordo total” e 5 “Acordo total”, buscando conhecer resultados de avaliação de IE em quatro facetas: Percepção, Facilitação, Compreensão e Gerenciamento. Esta escala foi recentemente validada para o espanhol e traduzida para o português; contém 33 itens que podem ser respondidos através de cinco alternativas: 1 = Discordo totalmente, 2=Discordo parcialmente, 3=Nem concordo, nem discordo, 4= Concordo parcialmente e 5= Concordo totalmente. A pontuação é conhecida através da soma dos itens, e o resultado final

pode ser apresentado como a soma de construtos dentro do conceito de IE. É considerada uma ferramenta de fácil compreensão e autoaplicação. Em um teste-reteste foram confirmados a confiabilidade e boa consistência interna dos itens da escala. A consistência interna obtida através do alfa de Cronbach pelos autores no estudo foi de 0.90, o re-teste mostrou uma confiabilidade de 0.78.

A análise fatorial feita por Schutte e et al. (1998) demonstrou que esta escala normalmente é unifatorial, embora nem todos os estudos encontrem o mesmo resultado (Gignac, Palmer, Manocha, e Stough, 2005; Austin, Saklofske, Huang e McKenney, 1998).

Esta escala foi recentemente traduzida e adaptada por Vicente, Santos & Esgalhado (2014) para utilização em contexto português.

1.4.4. Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness* (FFMQ) (Baer, et al., 2006)

Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) foi adaptado por Gregório e Gouveia (2011) para a população portuguesa, com uma amostra de 821 sujeitos. A Análise Fatorial Exploratória mostrou uma solução de cinco fatores a explicar a variância total ($\alpha=50.48\%$). As dimensões apresentaram uma boa consistência interna e mostraram-se moderadamente correlacionadas entre si, com exceção de algumas correlações inesperadas com as facetas Observar e Não Julgar. Os valores obtidos para os cinco fatores são semelhantes aos valores encontrados pelos autores originais (α = Observar = .83; α = Descrever = .91; α Agir com Consciência = .87; α Não Julgar = .87; α Não Reagir = .75 (Baer, et al., 2006). As correlações entre as facetas e outros constructos psicológicos foram no sentido previsto, à exceção da faceta Observar ($\alpha=.79$) e Não Reagir ($\alpha=.66$) que se comportaram de modo contrário às restantes, à semelhança do que aconteceu no estudo original. Os resultados deste estudo de validação mostram que o Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness* é apropriado para a população portuguesa e apresenta um valor do alfa de Cronbach, de 0.70, aceitável (Gregório & Gouveia, 2011). Cada dimensão diz respeito a um dado comportamento: Não Reagir significando não reatividade à experiência interna com tendência a permitir que os pensamentos e sentimentos venham e vão sem se deixar afetar por *Mindfulness*, *stress*, psicopatologia e gestão de conflitos em cuidadores de pessoas com incapacidade intelectual; Observar é o mesmo que notar ou estar atento a experiências internas e externas, como sensações, cognições, emoções, visões, sons e cheiros, Agir com consciência é estar atento às atividades do momento, por oposição ao estado de “piloto automático”, Descrever é caracterizar experiências internas através de palavras, sem dificuldades, e Não Julgar é a experiência interna de não avaliar e/ou julgar pensamentos e sentimentos (Barros, 2013).

Em resumo, trata-se de um questionário de autorresposta que conceptualiza o *Mindfulness* na sua qualidade disposicional como um construto multifacetado. Estas respostas são medidas por cinco dimensões distintas (observação, descrição, ação com consciência, não julgamento, não reação). É composto de 39 itens de autorresposta que avaliam a tendência de cada

indivíduo para estar diariamente *mindfull*. Os itens são dispostos numa escala do tipo *Likert* de 1 (nada ou muito raramente) a 5 (muito frequentemente ou sempre verdadeiro).

1.4.5. Inventário de Sintomas psicopatológicos (BSI) (Tradução e validação de Canavarro, 1995)

Esta é uma medida de autorrelato que foi construída para a avaliação da sintomatologia psiquiátrica geral. Inclui 53 itens dos quais o sujeito deve responder numa escala do tipo *Likert* de 5 pontos, desde o 0 (de modo nenhum) até o 5 (extremamente). São nove as sintomatologias psicopatológicas avaliadas neste instrumento: depressão; somatização; hostilidade; sensibilidade interpessoal; ansiedade; ideação paranoide; obsessão compulsão; ansiedade fóbica e psicoticismo. É uma versão abreviada do *SCL-90-R* (Canavarro, 1999, citado por Almeida, Gonçalves, Machado & Simões, 2008).

Como já referido, este inventário avalia os *Sintomas Psicopatológicos* (Canavarro, 1999 citado por Almeida, Gonçalves, et al., 2008). É constituído por nove dimensões e três índices globais e os respectivos itens correspondem dessa forma: Somatização (itens 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37), Obsessões-Compulsões (itens 5, 15, 26, 27, 32 e 36), Sensibilidade Interpessoal (itens 20, 21, 22 e 42), Depressão (itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50), Ansiedade (itens 1, 12, 19, 38, 45 e 49), Hostilidade (itens 6, 13, 40, 41 e 46), Ansiedade Fóbica (itens: 8, 28, 31, 43 e 47), Ideação Paranoide (itens: 4, 10, 24, 48 e 51), Psicoticismo (itens: 3, 14, 34, 44 e 53). Índice Geral de Sintomas, Índice de Sintomas Positivos e Total de Sintomas Positivos. Pode ser aplicado individualmente ou coletivamente.

A adaptação cultural e validação foi realizada por Canavarro (1995) por duas amostras para tal efeito. A amostra 1 era constituída por 404 elementos da população em geral e a amostra 2 era constituída por 147 indivíduos perturbados emocionalmente. Relativamente aos resultados, concluiu-se que ao nível da consistência interna esta escala apresenta bons níveis. O alfa de *Cronbach*, geralmente varia nas subescalas entre 0.72 e 0.95 (Perede, et al., 2007; Gonçalves, 2015). Na escala original os valores precisos eram: Psicoticismo (.62), Somatização (.80), coeficientes teste-reteste em Ideação Paranoide(.63) e Depressão (.81) (Canavarro, 1995; Canavarro, 1999; Almeida, et al., 2008).

Cada dimensão possui um valor máximo de amplitude: Somatização (amplitude máxima=28, Obsessões-Compulsões (amplitude máxima=24), Sensibilidade máxima=16), Depressão (amplitude máxima=24), Ansiedade (amplitude máxima=24), Hostilidade (amplitude máxima=20), Ansiedade Fóbica (amplitude máxima=20), Ideação Paranoide (amplitude máxima=20); Psicoticismo (amplitude máxima=20). É possível calcular também o IGS (índice geral de sintomas), para saber-se a quantidade de sintomas e a sua intensidade, através da soma de pontuações de todos os itens, a dividir pelo número total de respostas (53), se não houverem respostas em branco (Vinhas, 2008).

1.4.6. Questionário EORTC QLQ-C30 (Aaronson, Ahmedzai, Bergman, Bullinger, Cull, Duez, Filiberti, et al., 1993; Costa, et al., 2005; Pimentel, 2006; EORTC, 2001).

O EORTC QLQ-C30 foi projetado para avaliar a QV para ser utilizado em pacientes com cancro, e foi desenvolvido pelo *Cancer Study Group on Quality of Life da European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC, 2001). Está dividido em questionários por módulos aplicados consoantes o tipo de tumor da pessoa. Esta escala possui boa consistência interma (.70). No estudo de Silveira, Ribeiro, Gonçalves, Oliveira, Silva, Lopes, Monteiro & Pimentel (2009), a consistência interna total da escala foi de .90, nas subescalas funcionais .76 e nas subescalas sintomatológicas .79. As questões centram-se, principalmente, na semana anterior. Existem quatro respostas possíveis: 1. Não de todo; 2. Um pouco; 3. Suficiente; 4. Muito (*Likert*) (Aaronson, et al., 1993). É constituído por 30 itens, divididos por três escalas: uma escala para avaliação do estado global de saúde e cinco subescalas funcionais, nove subescalas sintomáticas associadas ao cancro e ao tratamento, e seis subescalas que avaliam os sintomas relatados pelos pacientes com cancro. As subescalas funcionais, são: funcionamento físico, limitações funcionais, funcionamento emocional, funcionamento cognitivo e funcionamento social. As escalas sintomáticas estão compostas pelas subescalas fadiga, náuseas e vômitos, dor, falta de ar, insónia, falta de apetite, obstipação, diarreia e dificuldades financeiras. Na escala global de saúde as respostas são de sete possibilidades de respostas (do Péssima ao Ótima). Os valores elevados nas escalas funcionais e na escala global de saúde, indicam um melhor nível de funcionamento e uma melhor QV, ao contrário, os valores elevados nas escalas sintomáticas indicam uma maior sintomatologia e uma menor QV. Os valores do questionário, são transformados de 0 a 100, conforme a indicação no manual de cotação do EORTC (2001).

Pais-Ribeiro Pinto & Santos (2008) realizaram uma investigação para estudar as propriedades psicométricas da versão Portuguesa desta escala. A amostra foi composta por um grupo heterogénea de 933 indivíduos com diagnóstico de cancro, 61,5% mulheres, idade média de 54.24 anos, escolaridade média de 6,9 anos, com diagnóstico de cancro entre um mês e 31 anos. Os resultados evidenciaram que o questionário parece ser sensível à localização do cancro mas não ao número de anos com a doença. Os valores médios das escalas e a fidelidade são apropriadas e mostram um padrão semelhante a outras versões de diferentes línguas e culturas. Correlações entre escalas apresentaram valores moderados, o que sugere que elas medem construtos diferentes mas complementares, o que constitui informação importante para os clínicos que seguem estes doentes. Podemos dizer que a versão portuguesa do QLQ-C30 tem boas capacidades psicométricas, e que mede, os mesmos constructos, do mesmo modo, que as versões noutras línguas e culturas, e que é apropriada para ser aplicada a pessoas com cancro.

1.4.7. Distribuição e Consistência Interna dos instrumentos utilizados na amostra do estudo

Para que seja possível uma adequada interpretação da análise estatística que irá ser realizada e para que esta seja efetuada de forma correta é necessário proceder-se ao estudo da distribuição das variáveis analisadas, bem como analisar o seu índice de fiabilidade. Assim, foi utilizado o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov para o qual se assume a normalidade das distribuições quando os valores de significância se apresentam iguais ou superiores a 0.05 e o alfa de Cronbach para avaliar a consistência interna, para o qual se considera uma consistência interna aceitável com valores iguais ou superiores a 0.6.

Pela observação da Tabela 13 Verifica-se que apenas a variável respeitante ao total da escala de avaliação do mindfulness apresenta uma distribuição normal e que o fator Estilo de Pensamento Orientado para o Exterior da escala que avalia a alexitimia e o total da escala que avalia a qualidade de vida apresentam consistências internas comprometidas, o que deverá ser considerado na interpretação dos resultados.

Tabela 13

Distribuição e Consistência Interna das variáveis em estudo

		N	Média	DP	α de Cronbach	α de Cronbach Original
Sintomas Psicopatológicos	Idade	268	40,20	22,17	---	---
	Somatização	263	0.66	0.65	.756	.80
	Depressão	263	1.05	0.87	.817	.81
	Hostilidade	263	0.88	0.79	.733	.79
	Ansiedade	263	1.06	0.73	.713	.71
	Ansiedade Fóbica	263	0.48	0.63	.716	.80
	Psicoticismo	263	0.86	0.81	.733	.62
	Paranóide	263	1.01	0.89	.747	.63
	Obsessão Compulsão	263	1.02	0.78	.753	.75
	Sensibilidade Interpessoal	263	0.77	0.84	.770	.80
	BSI Total	263	7.78	5.78	.940	.92
Alexitimia	Dificuldade em Identificar Sentimentos e em Distingui-los das Sensações Corporais da Emoção	264	2.7	0.90	.79	-
	Dificuldades em Descrever Sentimentos dos Outros	264	2.8	0.80	.59	-
		264	2.6	0.52	.38	-
	Estilo de Pensamento Orientado para o Exterior	264	2.7	0.60	.70	.79
	TAS_Total					
Mindfulness	Não Julgar	266	2.9	0.73	.74	.87
	Observar	266	3.0	0.83	.75	.83
	Agir com Consciência	266	3.0	0.64	.75	.87
	Descrever	266	3.2	0.66	.69	.87
	Não Reagir	266	2.9	0.60	.59	.75
Inteligência Emocional	FFMQ Total	266	3.0	0.42	.55	.70
	Aval. e Exp. das Emoções	266	3.55	0.64	.810	-
	Regulação das Emoções	266	3.64	0.78	.861	-

Qualidade de Vida	Uso das Emoções	266	3.51	0.67	.788	-
	Schutte Total	266	3.57	0.63	.895	.78
	Funcionamento					
	Sintomas	147	9.15	4.81	.809	.76
		147	3.58	2.07	.819	.79
	<i>EORTIC</i> Total	147	9.65	3.97	.492	.90

Capítulo 5

1. Resultados

1.1. Apresentação e Descrição dos Resultados do Estudo

É dado o momento de iniciar a apresentação, e a discussão na sequência, dos resultados desta investigação, conforme os objetivos propostos:

1.1.1. *Stroop Emocional e Alexitimia*

Achamos que faz todo o sentido começar, desta forma, analisando a relação existente entre os resultados do total da escala TAS-20 e as pontuações obtidas nas lâminas. Por questões metodológicas foram criados três grupos a partir da amostra total, com base nos pontos de corte estabelecidos por (Veríssimo, 2001; Prazeres, 2000) para a TAS-20. Neste sentido, surge um grupo Sem Alexitimia, outro de Alexitimia Intermédia e um terceiro Com Alexitimia.

Posteriormente, com o intuito de estudar as diferenças entre os três grupos quanto às pontuações médias obtidas nas três Lâminas do *Stroop* Emocional realizou-se uma análise multivariada da covariância (MANCOVA). Desta forma, utilizaram-se as lâminas do *Stroop* como variáveis dependentes e os três grupos como variável independente. As variáveis demográficas idade, habilitações literárias, estado civil e situação profissional foram introduzidas como covariáveis de forma a controlar o seu efeito sobre as variáveis dependentes.

Com os dados obtidos conclui-se que o teste multivariado não é estatisticamente significativo [λ de Wilks = 0.964, $F(3.253) = 1,543$; $p = .162$]. No que concerne aos resultados dos testes univariados (Tabela 14), verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos apenas no que concerne à Primeira Lâmina do *Stroop* Emocional, com significância estatística de $p < .05$, constatando-se que o Grupo Sem Alexitimia apresenta valores médios mais altos na Primeira Lâmina, comparativamente ao Grupo Com Alexitimia e de Alexitimia Intermédia.

Tabela 14

Lâminas do *Stroop* Emocional em função da Alexitimia.

Stroop Emocional	Grupo						F	p	η²
	Alexitimia								
	Sem Alexitimia		Intermédia		Com Alexitimia				
	(n=105)		(n=67)		(n=90)				
	M	DP	M	DP	M	DP			
Primeira Lâmina	51,25	17,22	49,51	16,31	43,64	,075	4,228*	.016	.032
Segunda Lâmina	50,42	16,16	49,03	16,16	44,17	18,20	2,285	.104	.018
Terceira Lâmina	48,97	16,70	47,03	15,07	43,34	17,17	1,920	.149	.015

* $p < .05$.

1.1.2. *Mindfulness*

Com o objetivo de estudar as diferenças entre os três grupos em estudo (Grupo Normativo, Grupo Com Patologia Benigna e Grupo com Patologia Maligna) quanto às médias obtidas nas dimensões do QCFM realizou-se uma análise multivariada da covariância (MANCOVA). Desta forma, utilizaram-se as dimensões do *Mindfulness* como variáveis dependentes e os três grupos como variável independente. As variáveis demográficas idade, habilitações literárias, estado civil e situação profissional foram introduzidas como covariáveis de forma a controlar o seu efeito sobre as variáveis dependentes.

Com os dados obtidos constata-se que o teste multivariado é estatisticamente significativo [lambda de Wilks = 0.865, $F(2,258) = 3.823$, $p < .001$]. Por sua vez, os resultados dos testes univariados, apresentados na Tabela 15, demonstram que existem diferenças entre os três grupos, com maior significância estatística relativamente às dimensões Observar, Descrever e no Total da Escala. Contudo, é a dimensão Observar que apresenta maior magnitude do efeito ($\eta^2 = .051$). A dimensão Não Julgar também apresenta diferenças estatísticas entre os três grupos em análise, embora com uma significância menor. No entanto, verifica-se que estas diferenças não ocorrem de forma homogênea, ou seja, o Grupo Patologia Maligna apresenta maior média na dimensão Observar, comparativamente aos restantes grupos, mas apresenta média inferior na dimensão Descrever. Já no que respeita à dimensão Não Julgar e ao Total da Escala é o Grupo da Patologia Benigna que apresenta médias inferiores. Todas as outras diferenças de médias entre os três grupos observadas na tabela não apresentam significância estatística.

Tabela 15

Dimensões do Mindfulness em função da existência de Patologias (Grupo normativo, Grupo Patologia Benigna e Grupo Patologia Maligna).

Dimensões do QCFM	Grupo						F (2,258)	p	η²
	Normativo		Patologia Benigna		Patologia Maligna				
	(N=119)		(N=57)		(N=89)				
	M	DP	M	DP	M	DP			
Não Julgar	3,06	0,80	2,67	0,67	3,02	0,74	3,871*	,022	,029
Observar	3,18	0,74	3,23	0,86	2,81	0,78	6,967**	,001	,051
Agir com Consc.	3,17	0,77	2,81	0,57	3,05	0,63	2,055	,130	,016
Descrever	3,15	0,66	3,17	0,71	3,29	0,64	7,457**	,001	,055
Não Reagir	2,85	0,53	3,03	0,72	2,99	0,59	1,857	,58	,014
QCFM Total	3,08	0,36	2,99	0,50	3,03	0,45	5,184**	,006	,039

* $p < .05$. ** $p < .01$.

1.1.3. Alexitimia

Seguidamente, com o intuito de estudar as diferenças entre os três grupos em estudo (Grupo Normativo, Grupo Com Patologia Benigna e Grupo com Patologia Maligna) quanto às médias obtidas nas dimensões da escala de avaliação da Alexitimia (TAS-20) realizou-se uma análise multivariada da covariância (MANCOVA). Para este fim, utilizaram-se as dimensões do TAS-20 como variáveis dependentes e os três grupos como variável independente. Foram novamente consideradas como covariáveis as variáveis demográficas idade, habilitações literárias, estado civil e situação profissional, de forma a controlar o seu efeito sobre as variáveis dependentes.

Os resultados obtidos demonstram que o teste multivariado é estatisticamente significativo [λ de Wilks = 0.940, $F(2,256) = 2.661$, $p < .05$]. Quanto aos resultados dos testes univariados, apresentados na Tabela 16, verifica-se a existência de diferenças entre os três grupos, com maior significância estatística ($p < .01$) relativamente ao Fator 2 - Dificuldades em Descrever Sentimentos dos Outros. O Fator 1 - Dificuldades em Identificar Sentimentos e em Distingui-los das Sensações Corporais da Emoção, bem como, o Total da Escala também apresentam diferenças estatísticas entre os três grupos em análise, embora com uma menor significância estatística ($p < .05$). Adicionalmente, verifica-se que estas diferenças o Grupo Patologia Maligna apresenta menor média no Fator 2 e no Total da Escala, comparativamente aos restantes grupos, enquanto que no Fator 1 é o Grupo Normativo que completa essa posição. De uma forma geral é o Grupo da Patologia Benigna que apresenta maiores pontuações.

Tabela 16

Dimensões da Alexitimia em função da existência de Patologias (Grupo Normativo, Grupo Patologia Benigna e Grupo Patologia Maligna).

Dimensões do TAS-20	Grupo						F (2,256)	p	η ²
	Normativo		Patologia Benigna		Patologia Maligna				
	(N=118)		(N=57)		(N=88)				
	M	DP	M	DP	M	DP			
Fator 1	2,66	0,81	2,94	0,90	2,74	0,99	3,708*	,026	,028
Fator 2	2,90	0,83	2,97	0,75	2,60	0,77	6,823**	,001	,051
Fator 3	2,54	0,46	2,59	0,52	2,71	0,60	1,169	,187	,013
TAS-20 Total	2,71	0,57	2,83	0,60	2,68	0,63	5,858*	,003	,044

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Legenda:

Fator 1 - Dificuldade em Identificar Sentimentos e em Distingui-los das Sensações Corporais da Emoção;

Fator 2 - Dificuldades em Descrever Sentimentos dos Outros;

Fator 3 - Estilo de Pensamento Orientado para o Exterior.

1.1.4. Inteligência Emocional

Posteriormente, com o objetivo de estudar as diferenças entre os três grupos em análise (Grupo Normativo, Grupo Com Patologia Benigna e Grupo com Patologia Maligna) quanto às médias obtidas nas dimensões da Escala de IE de Schutte, procedeu-se novamente à realização de uma análise multivariada da covariância (MANCOVA). Desta forma, utilizaram-se as dimensões da IE como variáveis dependentes e os três grupos como variável independente. As variáveis demográficas idade, habilitações literárias, estado civil e situação profissional foram introduzidas como covariáveis de forma a controlar o seu efeito sobre as variáveis dependentes.

Com os dados obtidos conclui-se que o teste multivariado é estatisticamente significativo [λ de Wilks = 0.886, $F(2,258) = 5.304$, $p < .001$]. No que concerne aos resultados dos testes univariados (Tabela 17), constata-se que existem diferenças entre os três grupos, com grande significância estatística em todas as dimensões da escala. Contudo, é o Total da Escala que apresenta maior magnitude do efeito ($\eta^2 = .111$), seguido do Fator 3 - Avaliação e Expressão das Emoções ($\eta^2 = .103$), do Fator 2 - Regulação das Emoções ($\eta^2 = .092$) e, por fim, do Fator 1 - Uso das Emoções ($\eta^2 = .075$). Verifica-se também uma certa homogeneidade no que respeita ao facto de que o Grupo Normativo apresenta pontuações médias superiores em todas as dimensões, ao passo que é o Grupo da Patologia Benigna que

apresenta pontuações médias inferiores na maioria das dimensões, exceto no Fator 1, no qual é o Grupo da Patologia Maligna que ocupa essa posição.

Tabela 17

Dimensões da Inteligência Emocional em função da existência de Patologias (Grupo Normativo, Grupo Patologia Benigna e Grupo Patologia Maligna).

Dimensões do EIE Schutte	Grupo						F (2,258)	p	η²
	Normativo		Patologia Benigna		Patologia Maligna				
	(N=120)		(N=57)		(N=88)				
	M	DP	M	DP	M	DP			
Fator 1	3,78	0,38	3,20	0,90	2,48	0,61	10,531***	,000	,075
Fator 2	3,81	0,43	3,15	1,10	3,64	0,76	13,090***	,000	,092
Fator 3	3,63	0,47	3,10	0,87	3,56	0,64	14,876***	,000	,103
Schutte Total	3,77	0,37	3,15	0,90	3,56	0,59	16,059***	,000	,111

*** $p < .001$.

Legenda:

Fator 1- Avaliação e Expressão das Emoções;

Fator 2 - Regulação das Emoções;

Fator 3 - Uso das Emoções.

1.1.5. *Stroop Emocional*

De seguida, com o intuito de estudar as diferenças entre os três grupos em estudo (Grupo Normativo, Grupo Com Patologia Benigna e Grupo com Patologia Maligna) quanto às pontuações médias obtidas nas três Lâminas do *Stroop Emocional* realizou-se uma análise multivariada da covariância (MANCOVA). Para este fim, utilizaram-se as Lâminas como variáveis dependentes e os três grupos como variável independente. Foram novamente consideradas como covariáveis as variáveis demográficas idade, habilitações literárias, estado civil e situação profissional, de forma a controlar o seu efeito sobre as variáveis dependentes.

Os resultados obtidos demonstram que o teste multivariado não é estatisticamente significativo [λ de Wilks = ,966, $F(2,259) = 1.477$, $p > .05$]. Relativamente aos resultados dos testes univariados, apresentados na Tabela 18, mantém-se a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos para as Segunda e Terceira Lâminas. No que concerne à Primeira Lâmina existe alguma significância estatística nas diferenças observadas entre os três grupos, sendo o valor médio mais baixo nos Grupos Patologia Benigna e Patologia Maligna, comparativamente ao Grupo Normativo, muito embora seja o Grupo da Patologia Maligna que apresenta o valor mais baixo de entre os três grupos em estudo.

Tabela 18

Lâminas do Stroop Emocional em função da existência de Patologias (Grupo Normativo, Grupo Patologia Benigna e Grupo Patologia Maligna).

Lâminas do Stroop	Grupo						F (2,259)	P	η²
	Normativo		Patologia Benigna		Patologia Maligna				
	(N=120)		(N=57)		(N=89)				
	M	DP	M	DP	M	DP			
Primeira Lâmina	60,97	9,60	46,04	14,53	32,57	14,18	3,215*	,042	,024
Segunda Lâmina	60,23	9,71	45,53	14,24	32,91	13,09	2,287	,104	,017
Terceira Lâmina	58,40	9,67	43,89	13,13	32,53	13,02	1,179	,309	,009

* $p < .05$.

1.1.6. Dimensões Psicopatológicas

De seguida, pretendendo-se estudar as diferenças entre os três grupos em estudo (Grupo Normativo, Grupo Com Patologia Benigna e Grupo com Patologia Maligna) quanto às médias obtidas nas dimensões do BSI realizou-se, de novo, uma análise multivariada da covariância (MANCOVA). Utilizaram-se as dimensões psicopatológicas como variáveis dependentes e os três grupos como variável independente. As variáveis demográficas idade, habilitações literárias, estado civil e situação profissional foram introduzidas como covariáveis de forma a controlar o seu efeito sobre as variáveis dependentes.

Os resultados obtidos revelam que o teste multivariado é estatisticamente significativo [λ de Wilks = 0.769, $F(2,255) = 3.858$, $p < .001$]. Por sua vez, os resultados dos testes univariados, apresentados na Tabela 19, demonstram que existem diferenças entre os três grupos, com significância estatística relativamente a todas as dimensões, com a exceção da dimensão Ansiedade Fóbica. Especificamente, verifica-se que as dimensões com maior significância estatística ($p < .001$) e maior magnitude do efeito são, por ordem decrescente, as dimensões Sensibilidade Interpessoal, Obsessão-compulsão e Paranóide. Por sua vez, estas são seguidas pelo Psicoticismo e o Total da Escala, pela Ansiedade, Hostilidade e Depressão ($p < .01$) e, por último, seguidos da Somatização ($p < .05$). Verifica-se também a constância quanto ao facto de que o Grupo de Patologia Maligna apresenta médias inferiores em todas as dimensões, com a exceção da Somatização, na qual é o Grupo de Patologia Benigna que assume esta posição. Por sua vez, o Grupo de Patologia Benigna apresenta médias superiores em grande parte das dimensões.

Tabela 19

Dimensões Psicopatológicas em função da existência de Patologias (Grupo Normativo, Grupo Patologia Benigna e Grupo Patologia Maligna).

Dimensões do	Grupo						F (2,255)	p	η ²
	Normativo		Patologia Benigna		Patologia Maligna				
	(N=118)		(N=56)		(N=88)				
	M	DP	M	DP	M	DP			
Somatização	0,80	0,73	0,39	0,48	0,64	0,58	4,239*	,015	,032
Depressão	0,97	0,80	1,36	1,04	0,95	0,81	5,697**	,004	,043
Hostilidade	1,05	0,76	1,07	0,89	0,53	0,63	6,007**	,003	,045
Ansiedade	1,11	0,75	1,32	0,70	0,83	0,64	6,747**	,001	,050
Ansiedade Fóbica	0,57	0,62	0,48	0,74	0,37	0,55	1,365	,257	,011
Psicoticismo	0,89	0,74	1,03	0,96	0,71	0,77	7,553**	,001	,056
Paranóide	1,11	0,75	1,33	1,18	0,70	0,77	7,986***	,000	,059
Obs.-Comp.	1,25	0,75	0,90	0,86	0,79	0,70	8,191***	,000	,060
Sens. Interp.	0,91	0,80	1,00	0,97	0,44	0,70	10,825***	,000	,078
BSI Total	8,67	5,50	8,88	6,78	5,94	5,02	7,496**	,001	,056

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

1.1.7. Qualidade de Vida

Com o objetivo de estudar as diferenças entre os dois grupos analisados que responderam ao questionário *EORTIC-QLQ-C30* (Grupo Com Patologia Benigna e Grupo com Patologia Maligna) quanto às médias obtidas nas dimensões do referido instrumento realizou-se uma análise multivariada da covariância (MANCOVA). Desta forma, utilizaram-se as dimensões da QV como variáveis dependentes e os dois grupos como variável independente. As variáveis demográficas idade, habilitações literárias, estado civil e situação profissional foram introduzidas como covariáveis de forma a controlar o seu efeito sobre as variáveis dependentes.

As dimensões da QV utilizadas para análise foram: Funcionamento (físico, funcional (role), emocional, cognitivo e social), Sintomas (fadiga, náuseas e vômitos, dor, falta de ar, sono, perda de apetite, obstipação, diarreia, dificuldades financeiras) Qualidade de Saúde Geral e o Total da Escala.

Os resultados obtidos revelam que o teste multivariado é estatisticamente significativo [λ de Wilks = 0.879, $F(3.134) = 6.129$, $p < .01$]. Por sua vez, os resultados dos testes

univariados, apresentados na Tabela 20, demonstram que existem diferenças entre os dois grupos, relativamente às dimensões mencionadas or ordem decrescente de significância estatística e magnitude do efeito, Sintomas ($p < .01$), Estado de Saúde Geral ($p < .05$) e para o Total da Escala ($p < .05$). Adicionalmente, o Grupo da Patologia Maligna apresenta médias superiores em todas as dimensões exceto no Estado de Saúde Geral, na qual o Grupo da Patologia Benigna pontua médias superiores.

Tabela 20

Qualidade de Vida em função da existência de Patologias (Grupo Patologia Benigna e Grupo Patologia Maligna).

Dimensões do <i>EORTIC-QLQ-C30</i>	Grupo				F (6,129)	p	η ²
	Patologia Benigna		Patologia Maligna				
	(N=55)		(N=87)				
	M	DP	M	DP			
Funcionamento	23,73	10,91	32,43	11,27	2,397	,124	,017
Sintomas	16,38	7,16	23,86	7,90	11,140**	,001	,076
Qualidade de saúde geral	10,64	2,35	8,86	2,44	5,122*	,025	,036
<i>EORTIC-QLQ-C30</i> Total	50,75	16,44	65,15	16,82	5,004*	,027	,035

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

1.1.8. Inteligência Emocional e Alexitimia

Com o intuito de averiguar a associação existente entre a IE e a Alexitimia realizaram-se correlações de *Pearson* entre as dimensões da escala EIE Schutte e as dimensões presentes no TAS-20.

Pela observação da Tabela 21 verifica-se que existem correlações negativas com significância estatística ($p < .001$) entre todas as dimensões analisadas. Contudo, são o fator Dificuldade em Identificar Sentimentos e em Distingui-los das Sensações Corporais da Emoção e o total da Escala do TAS-20 que apresentam maiores valores de correlação negativa com as dimensões da IE, com o valores de r entre $-,346$ e $-,431$.

Tabela 21

Correlações entre as dimensões da Alexitimia e as dimensões da Inteligência Emocional.

Dimensões do Tas-20	Dimensões do EIE Schutte			
	Avaliação e Expressão das Emoções	Regulação das Emoções	Uso das Emoções	Schutte Total
Dificuldade em Identificar Sentimentos e em Distingui-los das Sensações Corporais da Emoção	-,409 ^{***}	-,423 ^{***}	-,346 ^{***}	-,431 ^{***}
Dificuldades em Descrever Sentimentos dos Outros	-,254 ^{***}	-,249 ^{***}	-,245 ^{***}	-,273 ^{***}
Estilo de Pensamento Orientado para o Exterior	-,291 ^{***}	-,265 ^{***}	-,254 ^{***}	-,295 ^{***}
TAS-20 Total	-,402 ^{***}	-,399 ^{***}	-,356 ^{***}	-,423 ^{***}

*** $p < .001$.

1.1.9. Sintomas Psicopatológicos e Alexitimia

De seguida, para avaliar a associação existente entre os *Sintomas Psicopatológicos* e a Alexitimia procedeu-se novamente à realização de correlações de *Pearson*, considerando na análise as dimensões do BSI e as dimensões presentes no TAS-20.

Os resultados obtidos, explanados na Tabela 22, demonstram a existência de correlações positivas com significância estatística entre todas as dimensões analisadas. Contudo, são o fator Dificuldade em Identificar Sentimentos e em Distingui-los das Sensações Corporais da Emoção e o total da Escala do TAS-20 que apresentam maiores valores de correlação (valores de r entre ,256 e ,484) e maior significância estatística ($p < .001$) com as dimensões Psicopatológicas. As dimensões Psicopatológicas com maiores valores de correlação com a Alexitimia são, por ordem decrescente, o Total da Escala do BSI, o Psicoticismo, a Depressão, a Obsessão-Compulsão e a Ansiedade. Por sua vez, é a dimensão Somatização que, de uma forma geral, apresenta valores de correlação mais baixos com as dimensões da Alexitimia.

Tabela 22

Correlações entre as dimensões da Alexitimia e as dimensões Psicopatológicas.

Dimensões do BSI	Dimensões do Tas-20			TAS-20 Total
	Dificuldade em Identificar Sentimentos e em Distingui-los das Sensações Corporais da Emoção	Dificuldades em Descrever Sentimentos dos Outros	Estilo de Pensamento Orientado para o Exterior	
Somatização	,299 ^{***}	,144 [*]	,147 [*]	,256 ^{***}
Depressão	,437 ^{***}	,291 ^{***}	,202 ^{**}	,406 ^{***}
Hostilidade	,370 ^{***}	,257 ^{***}	,141 [*]	,340 ^{***}
Ansiedade	,428 ^{***}	,317 ^{***}	,178 ^{***}	,407 ^{***}
Ansied_fóbica	,321 ^{***}	,239 ^{***}	,158 ^{**}	,312 ^{***}
Psicoticismo	,480 ^{***}	,281 ^{***}	,283 ^{***}	,447 ^{***}
Paranóide	,398 ^{***}	,281 ^{***}	,198 ^{***}	,381 ^{***}
Obes_compuls	,430 ^{***}	,289 ^{***}	,184 ^{**}	,397 ^{***}
Sens_interp	,397 ^{***}	,283 ^{***}	,171 ^{**}	,373 ^{***}
BSI-Total	,484 ^{***}	,324 ^{***}	,227 ^{***}	,452 ^{***}

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

1.1.10. Sintomas Psicopatológicos e Mindfulness

Com o intuito de averiguar a associação existente entre as dimensões Psicopatológicas e o *Mindfulness* realizaram-se correlações de Pearson entre as dimensões do BSI e as dimensões presentes no QCFM.

Pela observação da Tabela 23 verifica-se que existem correlações negativas com significância estatística com grande parte das dimensões analisadas. No entanto, são o fator Não Julgar e o total da Escala do QCFM que apresentam maiores valores de correlação negativa com as dimensões Psicopatológicas, com valores de r entre $-,266$ e $-,537$. Por sua vez, são as dimensões Observar e Não Reagir do QCFM que apresentam correlações mais baixas e com fraca significância estatística com as dimensões Psicopatológicas. As dimensões Psicopatológicas com maiores valores de correlação com o *Mindfulness* são, por ordem decrescente, o Psicoticismo, o Total da Escala do BSI e a Depressão.

Tabela 23

Correlações entre as dimensões do Mindfulness e as dimensões Psicopatológicas.

Dimensões do BSI	Dimensões do QCFM					Total do QCFM
	Não Julgar	Observar	Agir com consciência	Descrever	Não Reagir	
Somatização	-,290***	,003	-,249***	-,174**	-,096	-,266***
Depressão	,499***	-,127*	-,327***	-,267***	-,102	-,447***
Hostilidade	-,316***	-,035	-,235***	-,245***	-,196**	-,336***
Ansiedade	-,401***	-,043	-,290***	-,256***	-,147*	-,377***
Ansied_fóbica	-,291***	-,093	-,223***	-,215***	-,055	-,295***
Psicoticismo	-,537***	-,141*	-,390***	-,296***	-,199**	-,522***
Paranóide	-,443***	-,119	-,303***	-,261***	-,204**	-,443***
Obes_compuls	-,387***	-,062	-,356***	-,286***	-,184**	-,420***
Sens_interp	-,443***	-,084	-,289***	-,279***	-,185**	-,425***
BSI-Total	-,490***	-,098	-,360***	-,310***	-,190**	-,482***

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

1.1.11. Inteligência Emocional e Mindfulness

Por último, com o propósito de analisar a associação existente entre a IE e o *Mindfulness* realizaram-se correlações de Pearson entre as dimensões da escala EIE Schutte e as dimensões presentes no QCFM.

Pela observação da Tabela 24 verifica-se que existem correlações positivas com significância estatística entre grande parte das dimensões analisadas. Contudo, são as dimensões Descrever e o total do QCFM que apresentam maiores valores de correlação positiva com as dimensões da IE, com os valores de r entre ,475 e ,349 e com significância estatística de $p < .001$. Por sua vez, é a dimensão Não Reagir que apresenta valores de correlação níveis de significância estatística mais baixos com as dimensões da IE.

Tabela 24

Correlações entre as dimensões do Mindfulness e as dimensões Psicopatológicas.

Dimensões do QCFM	Dimensões do EIE Schutte			
	Avaliação e Expressão das Emoções	Regulação das Emoções	Uso das Emoções	EIE Total
Não Julgar	,322***	,239***	,204***	,277***
Observar	,298***	,321***	,307***	,339***
Agir com consciência	,208**	,220***	,182**	,223***
Descrever	,349***	,391***	,372***	,407***
Não Reagir	,115	,211**	,123*	,168**
QCFM Total	,438***	,460***	,399***	,475***

*** $p < .001$.

1.1.12. Modelo conceptual

Com o objetivo de analisar o poder preditivo das variáveis em estudo entre si e por forma a criar um modelo conceptual da percepção que as mulheres com cancro realizam acerca da interferência deste na sua QV, procedeu-se à realização de várias regressões lineares, com a utilização do método *stepwise*, para que as variáveis que apresentassem menor valor preditivo em relação à variável critério fossem eliminadas da análise de regressão linear em causa.

Neste sentido foram utilizadas, para criação do modelo concetual, as seguintes variáveis como variáveis critério: QV percecionada pelas mulheres com cancro, *Sintomas Psicopatológicos*, IE, Alexitimia e *Mindfulness*. Como variáveis predictoras foram consideradas todas as quatro restantes em cada análise. Tendo sido utilizado o método *stepwise*, apenas se colocaram no modelo concetual aquelas que não foram eliminadas na análise (Tabela 25).

Para todos os valores estatísticos presentes no modelo apresentado na Figura 1 verificaram-se soluções estatisticamente significativas. Os resultados mostraram também que os *Sintomas Psicopatológicos* e a IE em conjunto explicam cerca de 28% (R^2 ajustado = .280) da variância dos resultados obtidos pelas mulheres com cancro na percepção da QV. Embora se verifique que apenas a IE e os *sintomas psicopatológicos* apresentaram poder preditivo estatisticamente significativo em relação à QV percecionada pelas mulheres com cancro, tendo sido as outras variáveis eliminadas da análise, contacta-se que todas estas variáveis em se encontram também implicadas, de forma indireta, nesta predição, uma vez que a

Alexitimia em conjunto com a IE explicam cerca de 35% (R^2 ajustado = .349) da variância dos *sintomas psicopatológicos* e o *Mindfulness* explica cerca de 30 % (R^2 ajustado = .303) da variância da IE.

Figura 1. Modelo conceptual para a para percepção da qualidade de vida no Grupo Patologia Maligna.

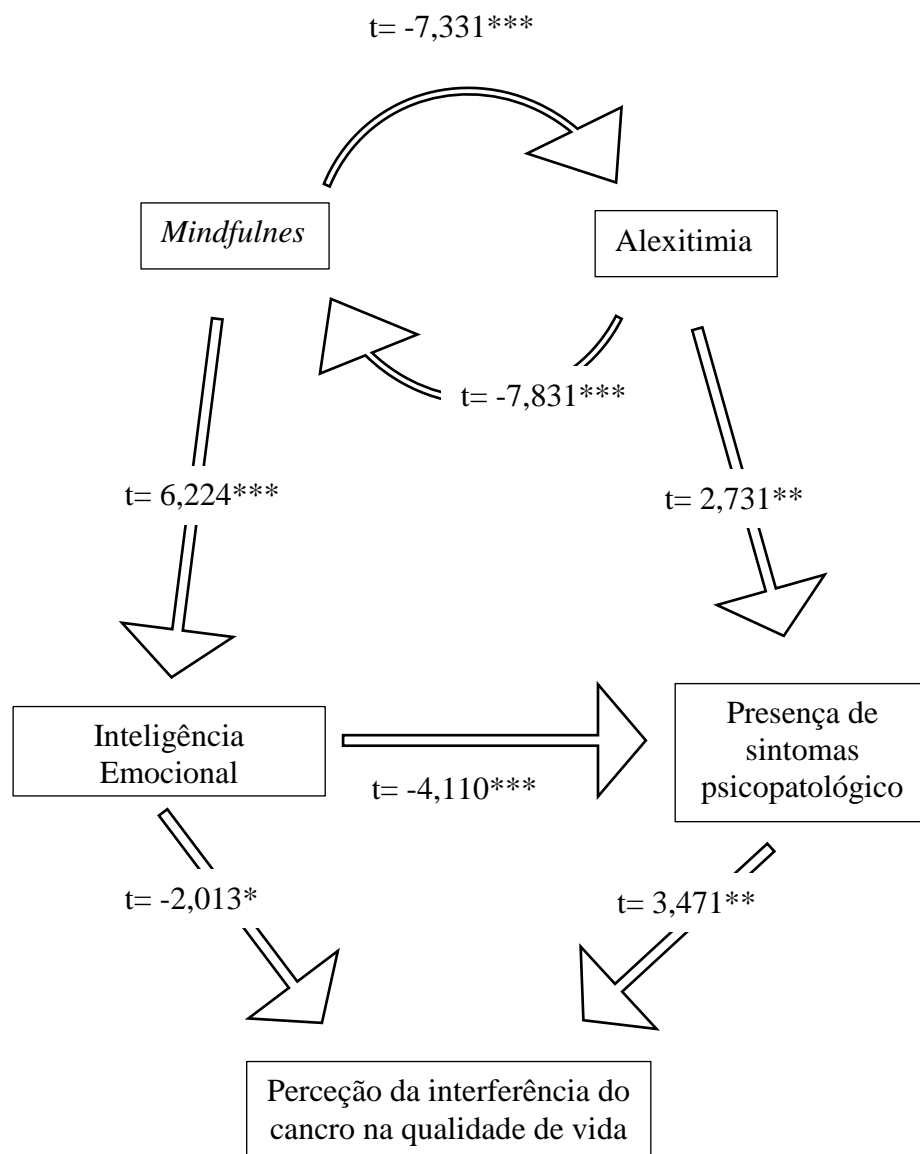


Tabela 25

Regressões lineares múltiplas para criação do modelo concetual - Método Stepwise.

Variável Critério: Qualidade de Vida					
Preditores	R	R ²	B	t	p
Modelo	.545	.297			.000
Sintomas Psicopatológicos			.386	3.471**	.001
Inteligência Emocional			-.224	-2.013*	.047
Variável Critério: Sintomas Psicopatológicos					
Preditores	R	R ²	B	t	p
Modelo	.604	.364			.000
Inteligência Emocional			-.414	-4.110***	.000
Alexitimia			.275	2.731**	.008
Variável Critério: Inteligência Emocional					
Preditor	R	R ²	B	t	p
Modelo	.557	.311			.000
Mindfulness			.722	6.224***	.000
Variável Critério: Mindfulness					
Preditor	R	R ²	B	t	p
Modelo	.760	.578			.000
Alexitimia			-.602	-7.331***	.000
Variável Critério: Alexitimia					
Preditor	R	R ²	B	t	p
Modelo	.747	.557			.000
Mindfulness			-.643	-7.831***	.000

Capítulo 6

1. Discussão dos Resultados

1.1. Relação das Lâminas *Stroop* Emocional com a TAS-20

A discussão dos resultados será apresentada por pontos para tornar mais explícita a sua leitura. No que se refere a relação entre as lâminas *Stroop* e a Escala TAS-20, a principal conclusão que se retirou deste resultado é que a Lâmina 1, possuindo o carácter de ser neutra, apresentou, de facto, as pontuações mais altas nos três grupos, estabelecendo assim o seu critério prévio de menor interferência no Teste, em comparação com as Lâminas 2 e 3. Recordar-se que esta Lâmina inicial é a única, dentre as três, sem a intensão de ativar emoções.

Antes de refletirmos sobre estas conclusões, vale a pena, antes, destacar que o resultado aqui encontrado relativamente a prevalência da Alexitimia se mostrou um pouco fora dos padrões vistos na literatura. Estes resultados dão a entender que quase metade de toda a amostra tem, em algum nível, traços alexitímicos (90 sujeitos). A literatura afirma que somente 2% da população em geral apresenta estes níveis (Linden, Wen, & Paulhus, 1994, citado por Louth, 1998). O que devemos ter em conta é que mais da metade da nossa amostra é clínica (Grupo Patologia Maligna e Grupo Patologia Benigna), e que nestes casos, os níveis de alexitimia sobem de probabilidade, podendo atingir 22%, conforme a patologia (Prazeres, 2000; Taylor et. al., 1997; Taylor, 1984; Krystal, 1979). Ainda assim, difere bastante dos índices encontrados aqui. Embora, exista outra ressalva para este resultado. Acreditamos ser necessário mais investigação da presença da Alexitimia em pacientes com cancro, e também, em carácter, talvez, mais urgente, pela escassez, de pacientes com doenças benignas com representação social de receio ao desenvolvimento do cancro.

Outro resultado que se destaca nesta análise é a diferença das pontuações entre grupos. Até podíamos sugerir a efetividade do teste para diferenciar sujeitos com Alexitimia, com Alexitimia Intermédia e Sem Alexitimia, se estabelecêssemos um ponto de corte. Neste sentido, os sujeitos Sem alexitimia tiveram melhores prestações no Teste do que os sujeitos Com Alexitimia Intermédia, ao passo que, também nesta mesma direção, os sujeitos Com Alexitimia Intermédia tiveram melhores prestações no Teste do que sujeitos Com Alexitimia. Embora, este parâmetro se tenha revelado, os resultados entre si, não nos permitem tentar estabelecer algum outro parâmetro alternativo para identificar a Alexitimia nesta investigação, através do Teste. Primeiro, porque os valores entre si, foram muito modestos ao nível estatístico, no que toca as diferenças. E mais do que isso, em segundo lugar, porque a

nossa intenção era investigar a interferência das Lâminas ativadoras na prestação do Teste *Stroop* Emocional, tendo como parâmetro os sujeitos terem ou não Alexitimia.

Se tivesse havido significância estatística entre os resultados das lâminas seria possível provar a efetividade do Teste *Stroop* Emocional. De facto, a Lâmina 1 obteve pontuações mais elevadas em comparação com as Lâminas 2 e 3. Embora, isto deixa de ser relevante quando, posteriormente, vimos que tratou-se de diferenças modestas, e que as Lâminas 2 e 3 obtiveram, também estas, entre si, valores muito similares, não sugerindo assim a intereferência *Stroop* Emocional.

Ainda foi possível verificar que o Grupo Sem Aleximitia revelou as diferenças mais significativas em termos de diferenças entre pontuações (embora, para reafirmar, não estatísticas), em ordem decrescente, ou seja, melhor pontuação na Lâmina 1, e piores pontuações nas Lâminas 2 e 3, sucessivamente.

Algo que pode vir a ser analisado, nas próximas investigações, mediante estes resultados, é o porquê alexitímicos apresentam prestações atencionais menores no teste, quando comparados ao Grupo Alexitimia Intermédia e Sem Alexitimia, nesta ordem.

Podem existir algumas explicações, e até, talvez, justificações, para a ocorrência desses resultados. Aos alexitímicos é atribuído uma marcada dificuldade em diferenciar afetos, como por exemplo, não conseguirem fazer distinção entre o medo, a ansiedade e a tristeza, enquanto emoções diferenciadas. Aliada a essas dificuldades estes sujeitos também não conseguem ser competentes em descrever as sensações fisiológicas das emoções (Sayar, Gulec & Topbas, 2004; Jódar, Valdés, Sureda, & Ojuel, 2000; Lumley, et al., 1996). Se isto ocorreu em relação a visualização das Lâminas, é bem capaz de que não tendo gerado o efeito previsto pelos Testes *Stroop*, gerou ao menos um atraso nas respostas. Os resultados encontrados aqui, também, nos podem remeter a possíveis falhas no construto da Alexitimia, já que o Teste *Stroop* é reconhecidamente efetivo pelo números de investigações que provam a sua efetividade. A investigação de Rodrigues, Takushi, Silva, Risso, Roitberg, Martins, Oliveira & Campos (2014), à partir de uma revisão bibliográfica de cinco estudos clínicos, questionaram a confiabilidade do construto da Alexitimia. Nesse estudo, os autores objetivaram refletir sobre o construto, utilizando como método entrevistas semi-estruturadas, estruturadas e testes projetivos em uma amostra de pacientes psicossomáticos. Os resultados evidenciaram que mesmo pacientes com capacidade para falar e nomear os seus próprios sentimentos, não apresentavam, de forma linear, a configuração mental característica da Alexitimia, concluindo assim que este conceito ainda revela muitas fragilidades, não vislumbrando a pessoa, ou o paciente, de forma individualizada tendo em conta o seu funcionamento mental de forma individual.

Se, de facto, o construto possuir estas fragilidades, seria difícil, ou mesmo impossível, que a interferência *Stroop* se revelasse no Teste, como vem sendo verificada em várias psicopatologias com estatuto de percencer aos Manuais Médicos de Psiquiatria. No entanto, deixaremos aqui, a ideia de é preciso voltar a investigar essa mesma associação entre o Teste *Stroop* e a Alexitimia para ficarmos melhor esclarecidos. Só a partir daí, é que poderemos afirmar, com maior convicção, se o construto da Alexitimia carece, realmente, de ser melhor redefinido na literatura do tema.

Ressalvamos mediante a isso que, ainda que tivesse havido a interferência *Stroop*, este estudo não seria passível a generalização dos dados pelo carácter inovador que teve.

1.2. Fatores do TAS-20

O nosso próximo objetivo, seguindo essa mesma tendência de verificar tudo que se relacione com a variável Alexitimia, vamos analisar, dessa forma, as médias nas dimensões da escala de avaliação da Alexitimia (TAS-20) nos três grupos (Patologias Malignas, Patologias Benignas e Normalidade), tendo em conta os fatores do TAS-20. Estes resultados revelaram que o Grupo Patologia Maligna apresentou menor média no Fator 2 (Dificuldades em Descrever Sentimentos dos Outros) e no Total da Escala, comparativamente com os restantes grupos; no Fator 1 (Dificuldade em Identificar Sentimentos e em Distingui-los das Sensações Corporais da Emoção) o Grupo Normativo completou essa posição. É de realçar que os três grupos apresentam valores que indicam presença, em algum nível, de traços alexitímicos, o que vai ao encontro do que parece consensual entre diversos autores: é fácil encontrar níveis de Alexitimia tanto na população normativa como na população clínica (Taylor, et al. 1997; Krystal, 1979; Taylor 1984). De uma forma geral, foi o Grupo da Patologia Benigna que apresentou maiores pontuações no Total da Escala.

Os resultados encontrados nesta investigação dão margem para mais algumas considerações. O facto de o Grupo Patologia Maligna não ter apresentado os maiores níveis no Total da Escala, e além disso ter apresentado valores inferiores numa das dimensões (Fator 2 - dificuldades em descrever sentimentos dos outros), comparativamente com os outros grupos, não revela total surpresa. Isto pode dever-se ao facto de, mesmo diante de sofrimento psicológico (em algum grau), o paciente com cancro, logo a partir do diagnóstico, tende a reunir um conjunto de mecanismos e de tarefas adaptativas mediante a sua doença e circunstâncias (Trancas, Cardoso, Luengo, Vieira & Reis, 2010). Essa habilidade pode conferir-lhe uma possibilidade aumentada de expressão de sentimentos e estados físicos (estratégia de *coping*) (Stoll, 1986), o que também pode, por consequência, se vir a inferir uma redução na possibilidade de sintomas alexitímicos.

Em 2002, Cerchiari encontrou resultados semelhantes, o facto de ter cancro da mama não significou, no seu estudo, o mesmo que apresentar índices superiores de Alexitimia; ainda encontrou um resultado igual ao encontrado nesta investigação: a amostra com cancro da mama também apresentou valores médios mais altos no Fator 1, tal como na nosso Grupo de

Patologia Maligna (Dificuldade em identificar sentimentos e em distingui-los das sensações corporais das emoções).

De acordo com vários autores, o cancro é de facto enfrentado com maior otimismo nos dias de hoje em relação a como era no passado: “*sin embargo, aún persiste la errónea creencia de que el estrés “mal manejado” produce cáncer*” (Almanza-Muñoz & Holland, 2000; p. 197). Estes autores apontaram três grandes fases que, habitualmente, o doente oncológico experimenta: fase da negação, em que está presente no paciente um sentimento de anestesia emocional, bem como, uma resistência em acreditar que o diagnóstico é verdadeiro, ou está correto; um período de confusão, agitação emocional e disforia, em que, somente gradualmente, o paciente vai reconhecendo a realidade; e por fim, uma fase mais a longo prazo, quando o paciente volta à sua rotina normal surgindo novamente otimismo em relação à vida (Fernandes, 2009).

Carver, Pozo-Kaderman, Harris, Noriega, Scheier, Robinson, et al. (1994) e Anagnostopoulos, Vaslamatzis e Markidis (2004), também encontraram resultados que sustentam esta ideia. Para Anagnostopoulos, et al. (2004), perante uma situação de diagnóstico de cancro, os pacientes não tendem a atribuir a responsabilidade a si próprios, não se sentindo dessa forma culpabilizados, ou com tendência a desenvolverem baixa autoestima ou comportamento de isolamento, entre outros aspetos. Esta ideia tem subjacente o estudo realizado pelos mesmos autores, em que procuraram avaliar se as estratégias de *coping* utilizadas por mulheres com cancro da mama (grupo experimental) e com patologia benigna, ou Grupo Normativo, eram as mesmas. Encontraram a diferença mais significativa no facto de as mulheres do grupo experimental fazerem raramente atribuições de autoculpabilização, quando comparadas com o grupo normativo, por exemplo. Todavia, não diferiram deste último grupo em termos de estratégias de *coping*, como o isolamento, aceitação passiva, procura de suporte social, estratégias de coping focadas no problema, reavaliações positivas, distanciamento, entre outras. O que também, de certa forma, corrobora os resultados aqui encontrados relativamente aos grupos em questão (Fernandes, 2009; Carver & Scheier, 2001; Aspinwall & Taylor, 1992).

Relativamente ao facto de o Grupo da Patologia Benigna ter apresentado valores mais altos de Alexitimia no Total da Escala, não é, também, de todo surpreendente, pelo que já são várias as investigações que indicam que alterações desta natureza, mais precisamente alterações fibrocísticas mamárias, estão altamente relacionadas com quadros psicopatológicos, principalmente ansiedade e depressão. Os diversos autores atribuem ainda a este facto o medo de se desenvolver cancro da mama, ainda que não exista relação direta ou provada entre ter uma patologia maligna causada por uma patologia benigna. É até muito frequente que, uma semana antes da consulta, haja aumento da ingestão de álcool e ansiolíticos nesta população (Guray & Sahin, 2006). E se assim é, pode-se dizer que, ainda que a Alexitimia não constitua uma psicopatologia, não deixa de ser um aspeto negativo que o

paciente está suscetível de desenvolver, ou acentuar, mediante uma patologia, como já vimos benigna ou maligna, igual ao que se verificou com estes resultados.

1.3. *Mindfulness*

Os resultados demonstrados para a variável *Mindfulness* revelaram a existência de diferenças estatísticas significativas entre os três grupos (Patologia Maligna, Patologia Benigna e Normalidade), com maior significância neste sentido para as dimensões Observar, Descrever e Total da Escala; contudo, a dimensão Observar é a que apresenta maior magnitude do efeito. Apesar destes resultados, as diferenças não se mostraram homogêneas entre os grupos; verificando-se dessa forma uma média mais acentuada no Grupo Patologia Maligna na dimensão Observar, ao passo que essa mesma população apresenta média inferior na dimensão Descrever em relação aos outros grupos. Já em relação à dimensão Não Julgar e Total da Escala, é o Grupo Patologia Benigna que apresenta médias inferiores. As demais relações existentes não apresentaram significância estatística.

Apenas a título de observação, o resultado encontrado em relação ao Grupo Patologia Maligna no que respeita à dimensão Descrever, remete a um outro resultado deste trabalho, designadamente a variável Alexitimia que, no que toca ao Fator 2 (Dificuldades em Descrever Sentimentos dos Outros), também revelou índices mais baixos comparativamente aos outros dois fatores. Apesar de, à partida, se poder especular a existência de dificuldade, em algum nível, na vertente Descrever, em termos emocionais (supressão emocional), ou ainda, atencionais (lentificação cognitiva), não é possível afirmar que estes resultados se devam a essas condições. Dessa forma, não são resultados passíveis de conclusões, servem apenas para observação; até porque, em relação ao *Mindfulness*, os resultados não se mostraram deficitários entre as dimensões e o Total da Escala, mas sim inferiores quando comparados entre grupos.

1.4. Inteligência Emocional

Com o objetivo de discutir os principais resultados relativamente a variável IE, começamos por ressaltar que, em termos comparativos, os resultados demonstraram vantagem para o Grupo Normativo. Em relação aos resultados dos outros dois grupos, sendo já uma tendência a não estranhar, o Grupo Patologia Benigna apresentou valores inferiores em relação ao Grupo de Patologia Maligna. De certa forma, era de esperar que o grupo Controlo obtivesse esses valores mais acentuados, devido ao facto de não possuírem doenças crónicas e/ou físicas (significativas) que, invariavelmente, interferem nas componentes de bem-estar e QV do ser humano; o que já começa a ser um facto consideravelmente documentado na literatura. Os estudos com base em fatores psicológicos, no geral, e mais precisamente nas emoções, revelam esta tendência negativa quando existe um quadro de doença grave, por desestabilizar essas componentes (Cunningham, Lockwood & Cunningham, 1991; Ota, et al., 1997). O que justifica, de certa forma, que o Grupo Normativo, não tendo essa interferência

(da doença), revele maior estabilidade emocional; logo, neste caso, melhor IE, facto que contradiz, em parte, outra face dos nossos resultados. Tendo o fator doença grave tamanho peso na saúde emocional, pode-se questionar, parcialmente, o porquê do Grupo Patologia Benigna ter revelado valores inferiores ao grupo que padece de uma doença grave e crónica (Grupo de Patologia Maligna), já que a doença, por si só, é um acontecimento gerador de *distress*, constituindo uma incapacidade de superar vivências stressantes da vida, causando naturalmente desgaste emocional (Jekel, et al., 1999). Outra possível explicação pode advir do facto dos doentes oncológicos utilizarem de forma mais intensa estratégias de coping comparativamente com outros grupos (Cassul, 2012).

Essa tendência não foi única desta variável, pois na Alexitimia a Escala Total revelou também desvantagem nesta população, em relação ao Grupo Normativo e Grupo Patologia Benigna. Talvez o facto de ter receio de adoecer gravemente cause vulnerabilidade emocional, que, não sendo trabalhada, de forma terapêutica, pode influenciar muito a vida da pessoa. Por outro lado, na doença grave, como já se expôs algumas vezes neste trabalho, o doente passa, normalmente, por processos adaptativos reparadores da sua vida psicológica, desde o trauma inicial até ao retorno gradual da sua percepção de otimismo. Muito embora a experiência de cancro seja vista como indutora de mal-estar e disruptiva das emoções, existe uma consciência crescente de que alguns aspetos da doença são vistos pelos pacientes como algo benéfico. Muitos pacientes referem resultados como uma melhoria dos recursos pessoais, um maior sentido de finalidade e espiritualidade em laços com os outros, com o diagnóstico da doença (Stanton, Danoff-Burg, Sworowski, Collins, Branstetter, Rodriguez-Hanley, Kirk, et al., 2002; Cordova, Cunningham, Carlson & Andrykowski, 2001; Dow, Ferrell, Leigh, Ly & Gulasekaram, 1996; Ferrell, Dow, Leigh, Ly & Gulasekaram, 1995; Kurtz, Wyatt, & Kurtz, 1995; Andrykowski & Hunt, 1993; Taylor, Lichtman, & Wood, 1984).

Este receio de adoecer gravemente pode ser justificado pelo que Ogden (1999) postulou sobre as cognições da doença. As pessoas entendem-na como crenças sustentadas no senso comum, ou como parte do seu conhecimento individual; ou ainda, de uma forma mais funcional, como o principal equipamento para a pessoa lidar com a realidade, não constituindo assim apenas um produto das necessidades e defesas básicas; esse conhecimento não se dar pelo mundo que nos rodeia, mas sim pela necessidade de equilíbrio entre as imposições de funcionamento interior e meio ambiente. Quase todas as pessoas temem ter uma doença grave. O mesmo autor defende que o diagnóstico de cancro é um dos acontecimentos mais stressantes da vida (afetando o comportamento e a capacidade de enfrentamento); podendo, da mesma forma, interferir na procura por ajuda (apoio social), adesão a tratamentos, recomendações médicas e adoção de estilos de vida saudáveis (Ogden, 2004, Lawson & Lawson, 2000). De facto, o cancro parece ser a doença mais temida pelo imaginário coletivo, que o tende a colar a representações de grande sofrimento, aliada à ideia de morte (Sargento & Sá, 2012; Amorin, 2007; Buick, 1997).

1.5. Dimensões psicopatológicas

Nesta variável, os *Sintomas Psicopatológicos* foram alvo de avaliação nos três grupos. Ficou demonstrado que os três grupos apresentam significância estatística em todas as dimensões, com exceção da dimensão Ansiedade Fóbica. Começamos por analisar precisamente o facto de os três grupos apresentarem *Sintomas Psicopatológicos* significativos em quase todas as dimensões. Já é do conhecimento científico que doentes oncológicos venham realmente a apresentar sintomatologias/alterações psicológicas e psicopatologias, significativas, em várias fases da doença (Gil, et al., 2001; Derogatis, et al., 1983). Portanto, os resultados encontrados aqui confluem com o que a literatura postula sobre o assunto. Relativamente ao Grupo Normativo, este resultado também não revela nenhuma surpresa, visto ser comum, entre as várias investigações do género, a população geral manifestar sintomatologia psicopatológica a algum nível. Desta forma, surgiu o conceito de doenças mentais comuns (Fortes, Villano & Lopes, 2008; Cooper & Fry, 1969; Shepherd, Cooper, Brown & Kalton, 1966), que se refere a situações em que os indivíduos apresentam sintomatologias proeminentes, que acarretam sofrimento psicológico e/ou uma incapacitação funcional, comparável ou superior a quadros crónicos, mas que não chegam a preencher critérios diagnósticos suficientes de uma perturbação psicopatológica (Santos, 2002, citado por Maragno, Goldbaum, Gianini, Novaes & César, 2006). As sintomatologias ansiosa, depressiva ou somática, apresentam, no geral, uma ainda maior incidência na população adulta (Santos, 2002, citado por Maragno, et al., 2006; Coutinho, Almeida-Filho & Mari, 1999; Shepherd, et al., 1966), embora não tenham sido as sintomatologias mais evidentes neste estudo, com destaque para Sensibilidade Interpessoal, Obsessão-compulsão e Paranóide.

Já começa a ser uma constante, nesta investigação, que entre os dois grupos de Patologias, o Grupo Patologia Benigna apresente resultados inferiores (mais negativos) em relação ao Grupo Patologia Maligna. Mantemos a mesma posição relativamente a isto. O Grupo Patologia Benigna pode apresentar maior vulnerabilidade emocional devido à percepção de inconstância da sua condição; tudo isso devido ao medo de vir a ter uma patologia maligna. Este resultado é dirigido especificamente a esta amostra, não podendo, portanto, tratar-se de um resultado extensível à população em geral. Spiegel (2000), por exemplo, encontrou no seu estudo um resultado diferente deste, ao investigar a relação entre fatores stressantes da vida e sintomatologias psicopatológicas, verificou que mulheres com tumores malignos tinham maior tendência a esses sintomas do que mulheres com outros tipos de patologias.

Também se verificou uma maior incidência de sintomatologia Somática no Grupo Patologia Benigna em comparação com a do Grupo Patologia Maligna. Este tema foi bastante abordado, anteriormente, na revisão da literatura da Alexitimia, visto a própria Alexitimia estar altamente relacionada à área da psicossomática. Por coerência, seria mais de esperar que o Grupo Patologia Maligna obtivesse valores mais acentuados do que o grupo Patologia Benigna neste sentido, pelo facto de já ser conhecida uma forte relação entre fatores somáticos e

cancro (McDougall, 1996). Contudo, uma vez mais, o Grupo Patologia Maligna não revelou os piores resultados no que toca aos temas avaliados neste trabalho.

1.6. Qualidade de vida

Por fim, com o objetivo de estudar as diferenças entre os dois grupos analisados que responderam ao questionário *EORTIC-QLQ-C30* (Grupo Com Patologia Benigna e Grupo com Patologia Maligna) inicia-se a discussão sobre as médias obtidas nas dimensões do referido instrumento. Os resultados demonstraram a existência de diferenças entre os dois grupos, relativamente às dimensões mencionadas por ordem decrescente de significância estatística e magnitude do efeito, Sintomas, Estado de Saúde Geral e Total da Escala. Adicionalmente, o Grupo da Patologia Maligna apresenta médias superiores em todas as dimensões, exceto no Estado de Saúde Geral, na qual o Grupo da Patologia Benigna pontua médias superiores. Detalhadamente, este resultado sugere que a perceção de QV no grupo de Patologia Maligna é melhor do que no grupo da Patologia Benigna, apesar da sintomatologia ser aumentada no Grupo de Patologia Maligna.

Resumidamente, no cancro da mama e até mesmo no cancro ginecológico é possível afirmar que estes resultados são coerentes com o que afere a literatura. Contudo, é um tema pouco explorado nos casos das patologias benignas da mama e ginecológicas, pelo que é difícil reunir literatura que justifique o porquê, mais uma vez, de as mulheres com patologias benignas terem uma visão mais negativa de qualidade vida, tendo o Grupo de Patologia Maligna efetivamente maior risco de complicações devido à natureza da sua doença.

É digno de nota referir que os resultados relativamente à aplicação desta escala no Grupo de Patologia Benigna não são generalizáveis, nem mesmo para este estudo, visto ser uma escala dirigida aos doentes com cancro. Aqui, propôs-se utilizá-la com a perspetiva de comparar os resultados dos dois grupos, apenas para título de reflexão.

1.7. Médias das Lâminas *Stroop* Emocional

A análise estatística realizada para cumprir o objetivo de verificar as pontuações médias das três lâminas *Stroop* no que toca aos três grupos (Grupo Normativo, Grupo com Patologia Benigna e Grupo com Patologia Maligna) demonstrou não haver, outra vez, diferenças significativas entre as lâminas. Contudo, a Primeira lâmina obteve, também, alguma significância estatística relativamente à Segunda e à Terceira. Este resultado é algo compreensível, pois a Primeira Lâmina desempenha essa mesma função de não interferir na prestação atencional, ao contrário das outras lâminas que foram criadas justamente com o objetivo contrário, de interferir na atenção através de palavras emocionais ativadoras. As palavras com valências emocionais servem para avaliar vieses atencionais associados às mesmas (Calleja & Pozo, 2010), dado que as pessoas tendem a dirigir a sua atenção de forma automática aos significados das palavras com carga emocional (positiva ou negativa)

(Williams, et al., 1996). Contudo, mesmo que esta Primeira Lâmina tenha apresentado alguma vantagem em relação às outras, não foram resultados significativos do ponto de vista estatístico. Não deixa de ser importante referir que as lâminas posteriores tiveram resultados mais baixos; o que se esperava, além disso, era que fossem resultados com diferenças estatísticas significativas, para assim provar a interferência das palavras emocionais. O objetivo da tarefa *Stroop Emocional*, é, em si, esse mesmo, como referiram Williams e Broadbent em 1986, detetar alterações emocionais do foro psiquiátrico através de vieses atencionais. É importante clarificar, sempre que possível neste trabalho, que a Alexitimia não é uma psicopatologia reconhecida como tal nos manuais psiquiátricos; é antes reconhecida como um traço de personalidade que se pode apresentar em vários níveis. No nosso estudo verificou-se que as palavras emocionais não revelaram a mesma tendência que se tem revelado nas patologias reconhecidas dos manuais psiquiátricos. No que se refere à Terceira Lâmina, esta obteve sempre valores inferiores às duas primeiras, um resultado esperado por se tratar da lâmina com este fim (composta por palavras ativadoras emocionais). Porém, voltamos a afirmar que são resultados modestos que não podem ser considerados significativos do ponto de vista estatístico.

Em resumo, o Teste *Stroop Emocional* com *screening* para Alexitimia, criado nesta investigação, com o intuito de observar a interferência que palavras emocionais ativadoras poderiam ter sobre o desempenho da nossa amostra, não se mostrou uma medida fiável, de se generalizar, para deteção da Alexitimia. Pelo menos até se clarificar se isto acontece porque os alexitímicos são insensíveis a estas palavras. Os resultados foram pouco significativos entre lâminas, e não só; quando comparados aos resultados da Escala TAS-20, mostraram-se igualmente fracos estatisticamente.

Mais uma vez é de reforçar que este estudo deve ser replicado mais vezes para verificar a ocorrência, ou não, dessa tendência. E na hipótese de se manter, podemos vir a inferir, ou mesmo afirmar, que a leitura de palavras com conteúdo emocional não representa motivo de ansiedade para pessoas com diversos graus de Alexitimia (caso da nossa amostra), logo, não compromete, igualmente, os processos atencionais na prova. Este resultado remete-nos aos achados da Neuropsicologia. De facto, esta ciência tem vindo a afirmar que a informação emocional e não-verbal é normalmente processada pelo hemisfério direito, com evidência da sua função excitatória e de mediação das respostas autónomas aos estímulos emocionais (Taylor, 2000). Por outro lado, o processamento da informação verbal (o caso do nosso estudo, se a pessoa tende a ler a palavra ao invés de referir a cor) (no caso da interferência *Stroop* se processar), ocorre no hemisfério esquerdo, exercendo o papel de controlo inibitório sobre a função excitatória do hemisfério direito (Bermond, 2003; Larsen, Brand, Bermond & Hijman, 2003; Taylor, 2000). Como já vimos na revisão da literatura, na Alexitimia parece haver uma dissociação entre os dois hemisférios, o que afeta a modulação afetiva, a capacidade de comunicar afetos, a capacidade para fantasiar e elaborar as tensões internas e

angústias (Oliveira, 2001). Neste caso, especula-se também, através dos nossos resultados, se estas dificuldades não afetariam igualmente o processamento da leitura de palavras com teor afetivo, dado que os nossos resultados não demonstraram o mesmo efeito de interferência *Stroop* encontrado em várias psicopatologias já estudadas sobre este efeito. Portanto, especula-se ainda mais, que o facto da nossa amostra apresentar níveis consideráveis de Alexitimia, e não apresentar défices atencionais em função disso, pode ser explicado por essa dificuldade em elaborar o significado das palavras emocionais (não causando interferência). Se, mais uma vez, compararmos a população que apresenta níveis baixos com níveis altos de Alexitimia, podemos chegar à outra possível conclusão: ter alto nível de Alexitimia não altera a atenção porque as palavras são lidas praticamente como neutras. Este resultado é consonante com a investigação de Sánchez e Serrano, que ao comparar sujeitos com e sem Alexitimia, verificaram respostas mais tardias no Teste *Stroop* em sujeitos com Alexitimia. Para os autores, isto se verifica porque os alexitímicos são menos competentes em identificar estímulos emocionais. E no caso do grupo de pessoas com baixo nível ou, talvez nenhum, de Alexitimia, estas alterações poderiam não ocorrer por outro motivo: bom controlo das funções executivas (controlo inibitório), logo, bom cumprimento do objetivo da prova, ou seja, nomeação das cores ignorando a leitura das palavras.

Com esta análise foi ainda possível verificar outro objetivo desta investigação, o carácter estritamente atencional da prova, tendo como parâmetro os valores obtidos no que se refere ao número de cores mencionadas no teste, entre os três grupos. Como esperado, o Grupo Normativo obteve valores bem acima dos dois outros grupos; em segundo lugar ficou o Grupo de Patologia Benigna; por último, o Grupo Patologia Maligna que apresentou uma diferença estatística altamente considerável em relação ao Grupo Normativo. No que diz respeito às características da amostra, é de recordar que o Grupo Normativo foi constituído por jovens universitárias com alta escolaridade, enquanto que o Grupo Patologia Maligna foi constituído, maioritariamente, por mulheres idosas com baixa escolaridade. Podíamos, imediatamente, associar estes resultados, por si só, a estas características. Mas a literatura não as identifica como lineares. Pelo contrário, a relação da educação com o declínio cognitivo associado ao envelhecimento é mais complexa do que se pensa, entre outras questões, como bem-estar e QV (Nunes & Menezes, 2014). Contudo, os nossos resultados podem estar relacionados com declínio cognitivo apenas porque se tratou de uma amostra, no caso do Grupo com Patologia Maligna, com baixíssima escolaridade, pois níveis de escolaridade de 0 ou 3 anos, faz, de facto, uma diferença significativa em termos de desempenho cognitivo. Já no caso da nossa amostra universitária (Grupo Normativo), a literatura revela que níveis mais elevados de escolaridade, de 12 ou 15 anos, parecem irrelevantes no desempenho cognitivo (não é linear) (Ardila, 1998, cit. por Paiva, 2013).

Outra explicação possível, para além da possibilidade de declínio cognitivo, no Grupo Patologia Maligna, pode estar no próprio estado psicológico destas pacientes. Com exceção da

dimensão Ansiedade Fóbica, toda a amostra demonstrou níveis significativos de sintomatologias psicológicas, inclusive depressividade. E se, além disso, tirarmos os resultados do Grupo Normativo como referência, pode-se mesmo inferir que estes resultados se tratam de défices atencionais no Grupo de Patologia Maligna. Sendo comum, em doentes oncológicos, uma certa tendência para sintomatologias/alterações psicológicas e psicopatologias (Gil, et al., 2001) (como foi provado no nosso estudo), é provável que esta associação tenha contribuído para estes resultados bem mais abaixo do que se pode considerar normal (tendo em conta a amostra Normativa). E realmente a associação da depressão com outros indicadores de capacidades funcionais tem sido bastante estudada atualmente (Lenze, Rollman, Shear, Dew, Pollack, Ciliberti, Constantino, et al., 2005), verificando-se uma forte relação entre sintomatologia depressiva e prejuízo cognitivo (Stek, Gussekloo, Beekman, Tiburg & Westendorp, 2004), bem como uma maior dependência nas atividades da vida diária (Liu, Wang, Fuh, Yang & Liu, 1997).

1.8. Sintomatologias Psicopatológicas e Alexitimia

Agora, partiremos para a discussão de outros objetivos a que nos propomos estudar: as correlações entre algumas das medidas avaliativas utilizadas neste estudo, numa análise global da amostra (envolvendo então as três populações), começando por avaliar os resultados encontrados entre a associação de *Sintomas Psicopatológicos* e a Alexitimia. Os resultados obtidos demonstraram correlações positivas com significância estatística em todas as dimensões analisadas, o que significa dizer que a possibilidade de Alexitimia aumenta a possibilidade de presença de *Sintomas Psicopatológicos*, e vice-versa. Esta relação é de certa forma já conhecida na comunidade científica, e aqui reforçada, embora um dos precursores do tema da Alexitimia, Taylor, em 1984, tenha alertado para o facto de que a Alexitimia não se tratar de uma condição preditora das perturbações psiquiátricas, já que para o mesmo não passa de um traço de personalidade, sem implicação necessária num quadro psicopatológico. Diversos autores concordam com a mesma ideia, acrescentando que a Alexitimia é apenas uma característica psicológica capaz de alterar processos cognitivos e emocionais sem mais nada além disso (Silva, et al., 2013; Silva, 2008; Prazeres, 2000; Goleman, 1995; Krystal, 1979).

Pregnotatto (2005) realizou um estudo semelhante a este, no que diz respeito a averiguação destas mesmas variáveis numa amostra de pacientes crónicos (com insuficiência renal), que veio mesmo a demonstrar uma forte correlação entre a Alexitimia e os *Sintomas Psicopatológicos*. Apesar desta análise não contemplar apenas o Grupo de Patologia Maligna para servir de comparação, enquanto patologia também crónica, com este estudo referido, pode-se dizer que estes resultados se mostraram indiretamente parecidos, quando analisamos a Alexitimia e os *Sintomas Psicopatológicos* separadamente; e de certa forma, nesta análise também ocorreu o mesmo, já que parte significativa da amostra diz mesmo respeito ao Grupo de Patologia Maligna.

O facto da dimensão Somatização ter, de uma forma geral, apresentado valores de correlação mais baixos com as dimensões da Alexitimia comparativamente a todas as outras dimensões em questão, dá margem para alguma reflexão, tendo em conta que, como já foi referido em alguns pontos deste trabalho, e conforme a literatura geral do tema, a alexitimia apresenta forte relação com sintomas somáticos, tendo até sido, no início, associada diretamente à perturbação psicossomática; que rapidamente, com o culminar das investigações, verificou-se ser uma hipótese refutada, pois há a possibilidade real de se encontrar níveis alexitímicos em qualquer pessoa (Fonseca, 2012; Veríssimo, 2011; Freire, 2010; Souto, 2000; Sifneos, 1972/1976/1977, 1991. No entanto, Rief e Brondbent (2007) questionam e consideram esta associação entre somatização e presença de Alexitimia difícil de se averiguar, pela dificuldade dos alexitímicos em sentir as emoções, e mais do que isso, descrevê-las. Estes mesmos autores acreditam que esta associação pode mesmo ser considerada não-específica. Desta forma, levando em consideração esta opinião, os nossos resultados, neste sentido, justificam-se, por não terem, como seria de esperar, índices de somatização superiores às outras dimensões; embora se trate apenas de uma reflexão, já que esta dimensão psicopatológica também tem significância estatística com a Alexitimia no nosso trabalho.

1.9. Inteligência Emocional e Alexitimia

Seguidamente, ainda tendo em conta o resultado de toda a amostra, resolvemos avaliar mais duas variáveis dependentes, dado fazer todo o sentido correlacioná-las neste estudo, por comporem temas das emoções e se mostrarem, logo à partida, opostas nos seus conceitos. É o caso da IE e a Alexitimia. São variáveis tão evidentemente contrapostas que já existem algumas investigações com o mesmo interesse, constatando em que nível se revelam opostas (Miguel, Bueno, Noronha, Couto, Primi & Muniz, 2010; Veríssimo, 2003). Existem evidências de que quanto mais alto o grau de Alexitimia mais evidenciada é a incapacidade de perceber emoções em si próprio e nos outros (Miguel, Bueno, Noronha, Couto, Primi & Muniz, 2010). Em Portugal, Veríssimo (2003) encontrou o mesmo resultado ao correlacionar as mesmas variáveis, afirmando que ambos os conceitos são sobreponíveis de uma maneira inversa; acrescentando ainda que este resultado reforça o conhecimento sobre a carência de regulação emocional através do sistema cognitivo por parte dos sujeitos alexitímicos. Este mesmo estudo também chegou à conclusão que o controlo emocional está fortemente associado de forma positiva à IE e de forma negativa à Alexitimia.

Desta forma, os nossos resultados corroboram estes, e outros estudos encontrados na literatura. Enfatiza-se que foram resultados altamente significativos ao nível estatístico em quase todas as dimensões, podendo mesmo chegar-se à conclusão de que à medida que a IE aumenta os níveis de Alexitimia se tornam menos elevados.

1.10. *Mindfulness* e Sintomatologias Psicopatológicas

Agora analisaremos a correlação de duas outras variáveis importantes do nosso estudo, a capacidade *Mindfulness* e as dimensões Psicopatológicas. Fazendo uma conceitualização geral sobre o que se revela um conceito positivo ou negativo, e recordando o que está descrito na literatura destes temas na revisão, é fácil concluir que a capacidade para atenção *Mindfulness* é tida como muito positiva. Da mesma forma, em contrapartida, ainda que não nos debrucemos sobre a literatura do tema, sabemos que a doença mental tem uma conotação reconhecidamente negativa. Tendo em conta estes parâmetros, não é de se admirar que, tal como no caso anterior, estes conceitos se mostrem inversos. Numa linguagem direta, os resultados encontrados aqui revelaram que quanto maior a capacidade *Mindfulness*, menores são os níveis de sintomatologia psicopatológica, e vice-versa. É o mesmo que dizer, que se a pessoa está gravemente afetada pela doença mental, menor será a sua capacidade de atenção concentrada. Mas não são relações que se podem afirmar fortes, neste sentido, em todas as dimensões; o que, de certa forma, difere com a avaliação anterior, já citada, entre a IE e a Alexitimia. De facto, esta constatação revela-se importante na medida em que o *Mindfulness* foi orientado para a ciência com o intuito primordial de diminuir o sofrimento humano, muitas vezes causado justamente por Sintomatologias Psicopatológicas. O facto do Total da escala (BSI) se ter revelado um fator fortemente associado ao *Mindfulness* (tendo em conta a interpretação já exposta) é de grande valia, mostrando mesmo a efetividade de se incluir mais vezes esta prática milenar na prática da Psicologia Clínica.

E ainda, tendo em consideração que grande parte da amostra tem uma doença diagnosticada, e como já foi possível verificar neste trabalho, possuir índices de Sintomatologias Psicológicas significativos, é realmente de uma grande mais-valia, encontrar este resultado, também, no nosso estudo. Acreditamos que servirá de mais um reforço para se incluir a prática *Mindfulness* em vários contextos terapêuticos, já que esta prática é já reconhecida como intensificadora de bem-estar, saúde física e mental, bem como redução da própria Sintomatologia Psicopatológica (Castro, 2014; Baer, et al., 2006).

1.11. *Mindfulness* e Inteligência Emocional

Por fim, e para verificar se de certa forma ocorreria um fenómeno esperado, inferido pelos resultados anteriores, em que as Sintomatologias Psicopatológicas estão negativamente correlacionadas com a capacidade *Mindfulness*, seleccionámos, por último, e mais uma vez, a variável *Mindfulness*, com uma outra variável, igualmente importante, deste estudo, a IE. Provou-se, entre os resultados encontrados, que de facto estas duas variáveis mantêm uma forte ligação estatística entre as várias dimensões. A única ligação menos forte se deu na Dimensão Não Reagir com algumas dimensões da Escala de IE. Algo que comentámos na discussão e que vale à pena voltar a reforçar. Este resultado pode ter sido devido aos traços de ambiguidades desses conceitos, e talvez, por isso, nesses casos serem muito difíceis de

operacionalizar; é o facto das ações de Não reagir serem, até certo ponto, algo inesperado pelo construto de IE (é mais ativo do ponto de vista da ação), que de certa forma, requer uma certa atividade do sujeito que age mediante a comportamentos de assertividade. É o que se espera. No entanto, age, e não apenas Não Reaje. Analisámos que é uma questão difícil de se confluir em termos de construtos. Porém, como também comentámos, é muito fácil de se compreender no âmbito do pensamento sobre as situações palpáveis. É claro que Não Reagir pode, também, ser enquadrado num ato de IE.

Capítulo 7

1. Conclusões

Partimos para a conclusão do nosso trabalho lançando, uma vez mais, o olhar para os números crescentes do cancro, o que justifica a real importância de se investigar continuamente esta população. Somente em 2014, este aumento esteve na ordem de 12 milhões, o que deverá subir para 22 milhões anualmente, a médio prazo (IARC, 2014; OMS, 2014). Parece óbvio que todas as questões que se relacionem, direta ou indiretamente, com esta doença, devem coerentemente merecer toda a atenção das várias Ciências. Como já foi clarificado algumas vezes, o objetivo primordial desta investigação foi conhecer a relação de variáveis cognitivas (ligadas à atenção) e de variáveis emocionais de mulheres com cancro da mama e ginecológico. São também dados a conhecer todos os valores das populações que serviram de comparação (Grupo de mulheres com Patologia Benigna e Grupo Normativo). Além disso, realizámos um estudo prévio do teste *Stroop Emocional* para sintomas alexitímicos, para utilização na população do nosso estudo.

Consideramos pertinente mencionar outros estudos similares ao nosso, antes de iniciarmos as conclusões do nosso próprio estudo. Um trabalho semelhante a este, no que respeita a averiguar fatores cognitivos e emocionais e QV dessa mesma população, verificou que quanto maior o tempo de contacto (6/9 meses) da paciente com a doença oncológica, melhor a sua percepção de QV, bem como maior aceitação em termos emocionais, comparadas com aquelas com menos tempo da experiência da doença (3 meses). Em termos cognitivos e emocionais, ao fim de 6 meses, 16% desta população utilizava mecanismos de atribuição causal não controláveis para justificar a doença e a identidade da mesma (Santos, Ribeiro & Lopes, 2003).

Também neste mesmo sentido, o de utilizar uma amostra mista de mulheres com cancro da mama ou ginecológico, em tratamento quimioterápico, Oliveira, Pozer, Silva, Parreira e Silva (2012) visaram relatar o efeito de experiência em grupo, de atividades educativas e assistenciais. Concluíram que as atividades propostas, de facto, promoveram benefícios como, por exemplo, facilidade de aprendizagem académica.

Ell e colaboradores (2005), num estudo realizado nos Estados Unidos, avaliaram a prevalência de depressão em mulheres com diagnóstico de cancro da mama ou ginecológico, correlacionando tal quadro a outros sintomas como dor, ansiedade, características sócio-demográficas e suporte social, verificando que a depressão aparece como comorbilidade em aproximadamente 24% das pacientes.

Um outro estudo que pretendeu avaliar a fadiga e fatores controlados (QV, ansiedade e depressão), visando conhecer a influência da musicoterapia na redução da fadiga em mulheres com cancro da mama ou ginecológico, durante um tratamento radioterápico, teve como principal conclusão que a musicoterapia individual é realmente efetiva para a redução da fadiga relacionada com esses cancros, contribuindo para a redução dos sintomas depressivos, assim como para a melhoria da QV dessas mulheres (Silva & Melo, 2012).

Alves & Pereira (2013) investigaram a adaptação de 76 pacientes com cancro da mama e ginecológico no período pré e pós-operatório, com o objetivo primordial de conhecer os recursos emocionais e sociais utilizados por estas mulheres para lidar com a doença. Os dados foram recolhidos em duas fases: no pré e pós-operatório. As diferenças encontradas entre estas duas fases revelaram que entre o período pré e pós-operatório ao nível emocional, houve uma diminuição estatisticamente significativa da ansiedade do período pré para o pós-operatório. Chegaram assim a conclusão que os níveis de ansiedade nestas mulheres tende a decrescer do período pré para o pós-operatório, constata-se ainda que, a adaptação no geral aumenta ligeiramente enquanto a satisfação com o suporte social diminui.

Agora já é possível tecer algumas conclusões ao nosso estudo, começando por enfatizar a importância das cognições e das emoções do paciente na saúde e na doença. Como constatámos, e conforme a literatura descreve, os défices cognitivos e emocionais são, de facto, tangíveis de acometer qualquer pessoa, porém, com maior incidência, em populações clínicas, incluindo os fatores psicopatológicos e a Alexitimia (Silva & Vasco, 2010), conforme verificámos na maioria dos nossos resultados, quando comparámos os Grupos com Patologia ao Grupo Normativo. Constatámos, por diversas vezes, a não linearidade desta incidência no que toca às três populações, especialmente os dois grupos com patologias. Porém, destacámos que, apesar da doença oncológica merecer total atenção nestes aspetos, tornou-se evidente, nos nossos resultados, que esta população não é a única a merecer atenção dos investigadores. Na presente investigação, concluiu-se que as patologias benignas da mama e ginecológicas, podem e devem ser mais investigadas do ponto de vista psicológico. Esta constatação, de certa forma, não nos causou admiração, visto o sofrimento na doença se tratar de um processo individual, que acompanha um conjunto de significações subjetivas, podendo até, em muitos casos, servir de oportunidade de crescimento e transformação interior (Gameiro, 1999; McIntyre, 1995; Rowland, 1989). Não queremos com isso concluir que o sofrimento na doença benigna e maligna se equiparam, ou que um é superior ao outro, na generalidade. A escolha dos métodos utilizados só nos permite fazer afirmações tendo em conta a nossa amostra. Contudo, tendo em conta que existem poucas investigações no âmbito das doenças benignas desta natureza, no que se refere ao impacto da doença nos fatores psicológicos, essa comparação seria impossível de acontecer, pela escassez de estudos comparativos destas populações. Já sabemos, porém, que na mulher com cancro da mama, por exemplo, o sofrimento sentido realmente transcende o sofrimento da doença em si,

agregando-se a representações e significações culturais femininas atribuídas à doença, suscetíveis de interferir nos relacionamentos interpessoais e na sexualidade (Silva, 2008). Ainda sobre esta questão, também no que se refere ao cancro ginecológico, encontrámos pouco suporte científico neste sentido, sendo maioritárias as investigações que incluem amostras de mulheres com cancro da mama. É compreensível que assim seja, pela alta incidência deste cancro na mulher, a maior. Porém, apesar de se estimar uma descida significativa da incidência do cancro ginecológico, a médio e longo prazo, devido à vacina, acreditamos que este ainda não seja o momento de se investigar menos esta patologia.

Se lançarmos uma vez mais a nossa atenção para os três grupos aqui analisados, constatamos que, em resumo, que todos precisam continuamente de serem investigados. Porém, não se discute que as questões relacionadas ao cancro da mama estão mais clarificadas comparativamente aos outros dois grupos, ainda que se tenha muito por investigar também no mesmo.

Relativamente aos resultados da relação das lâminas *Stroop* com a variável Alexitimia, estes resultados demonstraram pouca interferência atencional no teste *Stroop Emocional* que concebemos nesta investigação. Tendo em consideração que são populações muito distintas nas suas características (amostra global), estes resultados serviram de referência apenas para este mesmo estudo, no que toca à incidência da Alexitimia, pois os índices de Alexitimia encontrados foram bem mais altos do que a literatura sugere, entre 2 a 9% da população geral, e em pacientes psicossomáticos, de 15 a 22% (Prazeres, 2000; Taylor et. al., 1997; Taylor, 1984; Sifneos, 1974; Krystal, 1979). Mais uma vez, temos de ter em conta que parte da nossa amostra global tem uma patologia diagnosticada, o que não pode ser ignorado, e até pode explicar, em parte, estes valores aumentados.

Aqui também se repetem as mesmas considerações anteriores sobre a não interferência *Stroop* no Teste. Acrescentamos, ainda, que isto, talvez, possa dever-se a uma falha na conceitualização da Alexitimia. Para Pereira (2012), existem, de facto, temas da Ciência difíceis de classificar, e/ou mesmo controversos na literatura. Rodrigues, et al., (2014), acreditam que a Alexitimia se encaixe perfeitamente nessa descrição. Porém, não negam a real probabilidade de a pessoa com traços alexitímicos ter dificuldades em descrever sentimentos, bem como demonstrar uma vida mental emprobecida. Ou ainda, um estilo particular de se relacionar com os outros. O que, não parece nítido, porém, para os mesmos autores, é se os sujeitos alexitímicos reconhecem as suas emoções, apresentando dificuldades apenas em descrevê-las por palavras, ou simplesmente, não conseguem mesmo reconhecer emoções através de sinais fisiológicos do corpo.

Quando analisámos as populações, no que se refere ao processamento atencional, com parâmetros da população normativa, descobrímos que realmente a população oncológica dispõe de menos recursos neste sentido. E tendo em conta a população normativa (Grupo

Normativo), a população oncológica revelou, de facto, défices atencionais (pontuação das Lâminas 1, 2 e 3). Há algum tempo, as investigações vêm evidenciando que os tratamentos para o cancro, especialmente a quimioterapia, podem resultar em alterações cognitivas nestes pacientes. Se tivermos em conta que parte significativa da amostra oncológica ia a Unidade Oncológica para realizar tratamentos, os nossos resultados corroboram estes. No entanto, é importante referir que a literatura oncológica ainda não incidiu sistematicamente sobre a cognição em pacientes com cancro, mais velhos (Bial, Schilsky & Sachs, 2006). Apesar disso, os resultados do próprio Teste de *Stroop*, em alguns estudos, revelam que os anos de escolaridade têm correlação muito modesta com o efeito de interferência na prova, em adultos (Anstey, et al, 2000; Steinberg, Cauffman, Woolard, Graham & Banich, 2005). Uma das variáveis utilizadas neste estudo e que consideramos uma das mais importantes é a capacidade de *Mindfulness*, dado que é uma questão ainda em vias de desenvolvimento, não tendo ainda consenso por parte da comunidade científica. Contudo, diversos autores já confirmaram a efetividade da prática *Mindfulness* em pacientes com cancro (Castro, 2014; Hopco, et al., 2008; Speca, Carlson & Goodey, 2000; Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby & Lau, 2000) com evidências claras de que esta prática reduz o *stress* e aumenta a percepção de QV no grupo de pacientes com cancro da mama e próstata (Carlson, et al., 2007; Tacón, et al., 2004). Os nossos resultados representam mais um reforço para que esta técnica seja reconhecida como efetiva em pacientes com cancro, logo mais utilizada na área da Psico-oncologia. Os nossos resultados foram convincentes e muito positivos neste sentido. A população oncológica não diferiu, no que toca a esta capacidade, da população normativa e do Grupo Patologia Benigna. Aliás, nos pontos em que diferiu, maioritariamente, apresentou vantagem sobre estes grupos referidos.

Iniciamos a nossa consideração posterior aos resultados da variável IE, não podendo, contudo, referir este resultado sem o relacionar ao resultado encontrado no âmbito da Alexitimia (em termos de comparação dos grupos); mesmo que analisadas separadamente, já que posteriormente, numa análise global da amostra estas variáveis serão comentadas conforme os resultados aqui encontrados (Alexitimia e IE). Remetemos então à Alexitimia, visto este resultado se ter mostrado similar ao da IE, de forma oposta, quando se compararam os grupos. Desta forma, é confluyente que o Grupo Patologia Benigna tenha revelado resultados inferiores nestas duas variáveis (comparados aos outros grupos), tendo maior índice de Alexitimia e menor índice de IE, visto elas próprias se mostrarem opostas nos seus conceitos. Porém, quando analisamos aspetos emocionais na doença oncológica, já temos algum aparato científico para afirmar que é uma doença que desestabiliza o paciente emocionalmente. O que não discutimos com precisão, foi a comparação entre ter uma doença da mama ou ginecológica, benigna ou maligna, e os seus efeitos em termos da Alexitimia e da IE. É nítido que as patologias benignas não suscitam, por parte dos investigadores, o mesmo interesse dos investigadores em Psicologia, ainda que se saiba que, em termos gerais, as patologias

benignas da mama e ginecológicas estão altamente associadas ao medo de desenvolver os respetivos cancros.

Sobre a nossa próxima variável aqui analisada, desta vez em termos conclusivos, embora não seja propriamente uma variável que se possa dizer uma novidade no âmbito das investigações na área da Psicologia, era impossível tentar perceber o funcionamento cognitivo e emocional de pacientes com cancro, nomeadamente, mulheres com cancro da mama e ginecológico, sem a considerar no nosso estudo. Assim, a presença de Sintomatologias Psicopatológicas, como já visto em vários pontos do nosso trabalho, é comum na vida do paciente oncológico, tal como os nossos próprios resultados vieram a reafirmar. De acréscimo, ainda relativamente às Sintomatologias Psicopatológicas, os dois outros grupos também apresentaram índices significativos, corroborando igualmente que a população normativa também apresenta este tipo de sintomatologia, assim como a população com doenças benignas.

Por ultimo, no aspeto de correlacionar as variáveis isoladamente com os três grupos distintos, a QV, também esta já bem difundida na literatura do cancro, demonstrou boa correlação com a nossa amostra alvo, com cancro da mama e ginecológico. Há apenas um aspeto que deve ser tido em conta: em termos dimensionais esta população apresenta boa QV, mas quando questionada sobre sua perceção geral de QV, apresentou valores menores ao grupo que serviu de comparação neste estudo. Talvez a própria representação social negativa da doença, conforme já algumas vezes documentada na literatura, possa ter influenciado essa resposta. Queremos dizer com isto que, quando questionados diretamente sobre os pontos do construto da QV, as respostas podem ter sido mais assertivas e sofrido menos interferências das cognições da pessoa. Por exemplo, consideramos mais fácil a pessoa responder diretamente se sente alguma dor ou se perde o sono à noite, enquanto numa análise global, quando questionado sobre sua perceção de QV, é mais difícil de se conseguir a neutralidade que se espera; o próprio facto de estar doente, para a pessoa, pode já ser um elemento, por si só, para julgar que a sua experiência é aversiva, e, portanto, a sua QV também estará por consequência alterada.

Iniciamos agora as conclusões das correlações realizadas entre algumas variáveis dependentes, com toda a amostra, das quais tivemos em conta os resultados da literatura para as seleccionar, a iniciar pela Alexitimia e as Sintomatologias Psicopatológicas. Provou-se então no nosso estudo que estes dois construtos estão altamente correlacionados na medida em que quando um aumenta a probabilidade do outro de igual forma também aumenta. Estes resultados são praticamente iguais aos resultados encontrados em alguns estudos do tema; estas variáveis estão frequentemente associadas tanto a populações clínicas, como não-clínicas (Taylor & Bagby, 2004; Berthoz, Consoli, Perez-Diaz & Jouvent, 1999). Conclui-se, assim, que o único resultado mais ou menos incongruente encontrado nesta relação diz respeito à mais fraca correlação, entre as dimensões da Alexitimia com a Sintomatologia Somatização. No entanto, trata-se aqui apenas de uma observação, não uma incongruência

propriamente dita, visto que a análise revelou significância estatística também nesta dimensão; apenas porque grande parte da literatura sobre a Alexitimia focaliza uma fortíssima relação precisamente com este fator: Somatização (Rodrigues, et al., 2014; Taylor, 2000).

Seguidamente, tendo seguido critérios de lógica, e em consonância com o que está documentado na literatura, resolvemos avaliar a correlação entre a IE e a Alexitimia. Muitos são já os estudos com interesse em perceber se ambos os construtos se influenciam contrariamente, e praticamente todos eles encontraram esta mesma relação como negativa, isto é, na medida em que um aumenta o outro diminui, exatamente, como se confirmou também aqui nos nossos resultados. Estas relações entre variáveis que incluem a emocionalidade humana e os fatores de personalidade têm ganho cada vez mais espaço na comunidade científica, como é o caso da própria IE; embora seja mesmo de referir que nem sempre essas se processam com relações fortes (Bueno & Primi, 2003), tal como também nos aconteceu entre algumas dimensões. Contudo, no geral é possível, com estes resultados, referir que a nossa amostra também se influencia contrariamente nestes dois construtos.

Outra vez seguindo os mesmos critérios, seleccionámos mais duas variáveis com o intuito de descobrir o resultado correlacional entre elas: *Mindfulness* e as Sintomatologias Psicopatológicas. Encontrámos o resultado, de certa forma, esperado: à medida que a pessoa tem fatores acrescidos e fortes do ponto de vista estatístico de Sintomatologias Psicopatológicas, a sua capacidade para o *Mindfulness* diminui proporcionalmente. Se a capacidade *Mindfulness* consiste mesmo em focar a atenção no momento presente com um determinado propósito e sem julgar qualquer que seja o fenómeno observado, com foco no presente (Baer, 2003), é natural que, com todas estas características, estes construtos sejam incongruentes. Lima (2005) chegou a estas mesmas conclusões, referindo, acrescidamente, que, do ponto de vista neuropsicológico, é fundamental compreender melhor os mecanismos atencionais, na medida em que representam a base de todos os processos cognitivos e encontram-se alterados na presença de Sintomas Clínicos.

Relativamente ao Modelo apresentado nesta investigação, não o discutimos no capítulo anterior, por ter um carácter muito particular desta investigação, não permitindo assim muita margem para discussão baseando-se pela literatura. Mas com base nos resultados apresentados, concluímos que, foram resultados bastante consistentes, ao ser a IE e os Sintomas Psicopatológicos os maiores preditores da QV das mulheres com cancro mamário e ginecológico. São variáveis, de certa forma, muito consistentes na operacionalização dos seus construtos, ao passo que a Alexitimia e o *Mindfulness*, também preditores em menor grau, ainda, na nossa opinião, necessitam de percorrer um caminho maior para isto.

Com relação as principais limitações do nosso estudo, realçámos em primeiro lugar, não podermos generalizar os resultados por se ter tratado de uma amostra de conveniência. Em segundo lugar, se mostraram baixos os valores de consistência interna encontrados no Valor total da Escala EORTIC-QLQ-30 (0.49) e no Fator 3 (Estilo de Pensamento Orientado para o Exterior) da TAS-20. Mas mesmo assim utilizámos estas escalas, por se tratarem de escalas confiáveis e já bastante utilizadas na literatura para medir estes construtos. A terceira limitação está relacionada com a escassez de instrumentos dirigidos a pacientes com doenças benignas da mama e ginecológicas, pelo que utilizámos a mesma medida de QV específica para doentes oncológicos.

Em suma, dentre as várias conclusões gerais a que podemos chegar com os resultados deste estudo, duas se tornaram muito evidentes. A primeira é que o nosso grupo alvo (Grupo Patologia Maligna) mostrou por diversas vezes similaridade de resultados aos grupos de comparação, e em algumas vezes, até vantagens, do ponto de vista das variáveis aqui analisadas. Isto sugere que o diagnóstico de cancro não necessita de se associar indiscriminadamente à um quadro de catastrofização. Mas sim, de ponderação, de conhecimento de muitos fatores que podem trazer esperança e algum alento para estes pacientes. Ou em última análise, um quadro mais consonante com a realidade de cada paciente.

A segunda conclusão global, a que chegamos, é que indiscutível que as questões relacionadas ao cancro da mama estão mais clarificadas na literatura comparativamente ao cancro ginecológico e aos outros dois grupos. Porém, é necessário investigar-se igualmente mais aspetos psicológicos no cancro ginecológico, e igualmente nas doenças benignas mamárias ou ginecológicas.

Esperamos que estes resultados sirvam principalmente para otimizar e aumentar o conhecimento na área da Psico-Oncologia e para motivar mais investigadores em Oncologia e áreas relacionadas.

2. Limitações

Seguidamente, tendo seguido critérios de lógica, e em consonância com o que está documentado na literatura, resolvemos avaliar a correlação entre a IE e a Alexitimia. Muitos são já os estudos com interesse em perceber se ambos os construtos se influenciam contrariamente, e praticamente todos eles encontraram esta mesma relação como negativa, isto é, na medida em que um aumenta o outro diminui, exatamente, como se confirmou também aqui nos nossos resultados. Estas relações entre variáveis que incluem a

emocionalidade humana e os fatores de personalidade têm ganho cada vez mais espaço na comunidade científica, como é o caso da própria IE; embora seja mesmo de referir que nem sempre essas se processam com relações fortes (Bueno & Primi, 2003), tal como também nos aconteceu entre algumas dimensões. Contudo, no geral é possível, com estes resultados, referir que a nossa amostra também se influencia contrariamente nestes dois construtos.

Outra vez seguindo os mesmos critérios, seleccionámos mais duas variáveis com o intuito de descobrir o resultado correlacional entre elas: *Mindfulness* e as Sintomatologias Psicopatológicas. Encontrámos o resultado, de certa forma, esperado: à medida que a pessoa tem fatores acrescidos e fortes do ponto de vista estatístico de Sintomatologias Psicopatológicas, a sua capacidade para o *Mindfulness* diminui proporcionalmente. Se a capacidade *Mindfulness* consiste mesmo em focar a atenção no momento presente com um determinado propósito e sem julgar qualquer que seja o fenómeno observado, com foco no presente (Baer, 2003), é natural que, com todas estas características, estes construtos sejam incongruentes. Lima (2005) chegou a estas mesmas conclusões, referindo, acrescidamente, que, do ponto de vista neuropsicológico, é fundamental compreender melhor os mecanismos atencionais, na medida em que representam a base de todos os processos cognitivos e encontram-se alterados na presença de Sintomas Clínicos.

Quando referimos que a nossa prioridade, no que toca aos processos cognitivos, recairia sobre a atenção, não estávamos apenas a ter em conta os resultados no Teste de *Stroop Emocional* para Alexitimia, mas também à capacidade *Mindfulness*, como já ficou evidente pelo número de vezes em que tivemos em conta esta variável. Esta ênfase dada justifica-se por dois grandes motivos; em primeiro lugar, por já se ter tido conhecimento de alguns trabalhos que relacionam níveis de bem-estar no paciente com cancro que beneficiou desta prática, e em segundo lugar, pela própria necessidade de se clarificar a questão na literatura, no geral, em todas as populações. Mais uma vez, e agora, em caráter de finalização correlacionámos o *Mindfulness* à outra variável deste estudo, neste caso a IE. A IE, de facto, difere da Inteligência Geral, como já foi clarificado na revisão de literatura. Porém, acreditámos que os processos de ambas essas variáveis, se difundem pela necessidade de utilização dos processos atencionais, logo, das funções executivas. Para nós, todos os tipos de inteligência, já alguma vez referidos, e até os que possam vir a surgir, necessitam, ou necessitarão, dessas funções para cumprirem seus preceitos com efetividade. Se, como vimos, os *Sintomas Psicopatológicos*, estão interligados a capacidade *Mindfulness*, opostamente, não foi inesperado encontrar aqui relações muito positivas entre o *Mindfulness* e a IE, em grande parte das dimensões. É altamente pertinente referir que no Total da Escala de IE essa correlação se mostrou bastante forte com as dimensões *Mindfulness*; muito embora a dimensão Não Reagir tenha mostrado essa relação mais fraca. Se relacionámos à capacidade de IE ao agir com assertividade diante de situações difíceis, este por si só, já poderia ser interpretado como um fator de ambiguidade face aos preceitos da IE. Claro que é apenas uma

especulação advinda da lógica, mediante ao que se sabe sobre IE e o *Mindfulness*. Até nos parece, que o ato de Não reagir, em dados momentos, pode ser realmente uma atitude de máxima coerência com a IE, porém refirmamos que, pode ter surgido interferência de ambiguidade entre estes dois conceitos, neste caso, um por ser mais ativo, neste sentido, a IE, e o outro por ser mais passivo, também neste sentido, o *Mindfulness*. Já existem estudos a considerar estas duas variáveis juntas como promotoras do bem-estar humano, como foi o caso do estudo de Ramos, Hernández & Blanca (2009) que juntou dois principais programas das mesmas variáveis para testar a diminuição de ansiedade numa população que usufruiu dos programas com outra população que, ao contrário, não usufruiu. Conforme esperado, os níveis de ansiedade na população experimental diminuíram consideravelmente em comparação com a de controlo.

Referências

- Aaronson, N., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S., de Haes, J., Kaasa, S., Klee, M., Osoba, D., Razavi, D., Roife, P., Schraub, S., Sneeuw, K., Sullivan, M., Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85, 365-376. Doi:10.1093/jnci/85.5.365.
- Abreu L. C. A., Oliveira, M., Carvalho, T., Martins, S., Gallo, P. & Reis, A. (2010). A epistemologia genética de Piaget e o construtivismo. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*. 20(2), 361-366. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n2/18.pdf>.
- ACOG practice bulletin (2005). Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists: management of endometrial cancer. *Obstet Gynecol*, 65(106), 413-25). Disponível em: https://www.sgo.org/wp-content/uploads/2015/03/PB-149-Endometrial-Cancer-GJ-w_links-2.pdf.
- Albaret, J. M. & Migliore, L. (1999). *Manuel du test de Stroop (8-15 ans)*. Paris: ECPA.
- Allman, M. J., Hakeem, A., Erwin, M. & Hof, P. (2001). The anterior cingulate cortex. The evolution of na interface between emotion and cognition. *Annals of The New York Academy of Sciences*, 935, 107-117. Doi: 10.1111/j.1749-6632.2001.tb03476.x.
- Almeida, L. S., Gonçalves, M. M., Machado, C. & Simões, M. R. (2008). *Avaliação Psicológica: Instrumentos Validados para a População Portuguesa*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Alves, C. & Pereira, H. (2013). Adaptação ao Cancro da Mama e Cancro Ginecológico no Período Pré- e Pós-Operatório. *Psychology, Community & Health*, 2(3), 317-333. Disponível em: http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3115/1/PCH_2013_2%283%29_317.pdf.
- Almanza-Muñoz, J. J. & Holland, J. C. (2000). Psico-oncologia: estado actual y perspectivas futuras. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 46(3), 196-206. Disponível em: <http://www.cuidadospaliativos.org/archives/Psico-oncologia,%20estado%20actual%20y%20perspectivas%20futuras.pdf>.

- Alvarenga, S. Hirata, C., Magalhães, V., Ataíde, L., Rezende, S. & Kalil, J. (2016). Vacina contra o HPV: avaliando as contradições da indicação e posologia atual. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*, 14(2), 395-402.
- Alzina, R. & Escoda, N. (2007). Las Competencias Emocionales. *Red de Revistas Científicas de América Latina y del Caribe*, 10, 61-82.
- Amaral, A., Melo, R., Niraldo, S., Lôbo, R., Benute, G. & Lucia, M. (2009). Qualidade de vida em mulheres mastectomizadas: as marcas de uma nova identidade impressa no corpo. *Psicologia Hospitalar*, 7(2), 36-54. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v7n2/v7n2a04.pdf>.
- Amaral, C. (1994). Introdução à Psicooncologia. In J. Carvalho (Coord.). *Vivenciando o cancer com arte* (pp. 121-139). São Paulo. Psy II.
- American Cancer Society (ACS) (2005). *Cancer Facts and figures, 2005*. Disponível em: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2005/cancer-facts-and-figures-2005.pdf>.
- American Cancer Society(ACS) (2009). *What are the key for breast cancer?* Disponível em: www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-key-statistics.
- American Cancer Society (ACS) (2011). *Global Cancer: facts & figures* (2nd ed.). Atlanta, Geórgia: American Cancer Society. Disponível em: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/global-cancer-facts-and-figures/global-cancer-facts-and-figures-3rd-edition.pdf>.
- American Cancer Society (ACS) (2013). *Cancer: facts & figures 2013*. Atlanta, Georgia: American Cancer Society. Disponível EM: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2013/cancer-facts-and-figures-2013.pdf>.
- American Cancer Society (ACS) (2014). *Key Statistics for Breast Cancer*. Acedido em Agosto de 2015. Disponível em: <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-survival-by-stage>.
- American Cancer Society. (2015). *Cancer Facts & Figures 2015* (pp. 1-52). Atlanta: American Cancer Society. Disponível em: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2015/cancer-facts-and-figures-2015.pdf>.

- Amorin, C. (2007). *Doença oncológica da mama: Vivências de mulheres mastectomizadas*. Tese de doutoramento - não publicada. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
- Anderson, J.R. (1993). Problem Solving and Learning. *American Psychologist*, 48(1), 35-44.
- Andrykowski, M. A., & Cordova, M. (1998). Factors associated with PTSD symptoms following treatment for breast cancer: Test of the Andersen Model. *Journal of Traumatic Stress*, 11(2), 189-203. Doi:10.1023/A:1024490718043.
- Anagnostopoulos, F. Vaslamatzis, G. & Markidis, M. (2004). Coping strategies of women with Breast Cancer: a comparison of patients with healthy and becing controls. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(19), 43-52. Doi: 10.1159/000074439.
- Anagnostopoulos, F., Vaslamatzis, Markidis, M., Katsouyanni, K., Vassilaros, S. & Stefanis, C. (1993). An investigation of hostile and alexithymic characteristics in breast cancer patients. *Psycotherapy and Psychosomatics*, 59, 179-189. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8416094>.
- Andrykowski, M. A. & Hunt, J. W. (1993). Positive psychosocial adjustment in potential bone marrow transplant recipients: Cancer as a psychosocial transition. *Psycho-Oncology*, 2, 261-276. Doi: 10.1002/pon.2960020406.
- Andrykowski, M. A., Cordova, M. J., McGrath, P. C., Sloan, D. A., Kenady, D. E. (2000). Staility And change in posttraumatic stress disorder symptoms following breast cancer treatment: a 1-year follow-up. *Psychooncology*, 9(1), 69-78. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10668061>.
- Ângelo, I. S. (2007). *Medição da inteligência emocional e sua relação com o sucesso escolar*. Dissertação de Mestrado em Educação, Formação Pessoal e Social - Não publicada. Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Anhang, R., Goodman, A., & Goldie S. J. (2004). HPV communication: review of existing research and recommendations for patient education. *CA: Cancer Journal Clinicians*, 54 (5), 248-59. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15371283>.
- Antoni, H., Lechner, S., Diaz, A., Vargas, S., Holley, H., Phillips, K., McGregor, B., Carver, C. S. & Blomber, B. (2009). Cognitive behavior stress management effects on psychosocial and physiology adaptation lunik in women undergoing treatment for breast cancer. *Brain, Behavior, Immunology*, 23(5), 580-592. Doi: 10.1016/j.bbi.2008.09.005.

- Anstey, K. J., Matters, B., Brown, A. K. & Lord, S. R. (2000). Normative data on neuropsychological tests for very old adults living in retirement villages and hostels. *Clin Neuropsychol. Aug*, 14(3), 309-317. Doi: 10.1076/1385-4046(200008)14:3;1-P;FT309.
- Aparício, M. F. P. (1994). *O stress nos enfermeiros especialistas do hospital de Júlio de Matos em função do sexo*. Dissertação de mestrado - não publicada. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Apfel, R. J., & Sifneos, P. E. (1979). Alexithymia: concept and measurement. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 32, 180-190. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/Abstract/287386>.
- Aspinwall, L. G. & Taylor, S. E. (1992). Modeling cognitive adaptation: a longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63 (6), 989-1003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1460565>.
- Altschuler, J. (1997). *Working with Chronic Illness*. London: Macmillan.
- Austin, J. E., Saklofske, H. D., Huang, H. S. S. & McKenney, D. (1998). Measurement of trait emotional intelligence: testing and cross-validating a modified version of Schutte et al.'s (1998) measure. *Personality Individual Differences*, 36(3), 555-562. Doi:10.1016/S0191-8869(03)00114-4.
- Ávila, M. (2014). *El impacto de la alexitimia y la resiliência en las fases del proceso del duelo en pacientes*. Tese de Doutoramento - Não publicada. Universidad Autónoma Nueva León, Monterrey-México.
- Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Science and Practice*.10(2), 125-143. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1093/clipsy.bpg015/abstract>.
- Baer, R., Smith, G., Hopkins, J., Krietemeyer, J. & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45. Disponível em: 10.1177/1073191105283504.
- Bagby, R., Parker, J. & Taylor, G. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0022399994900051>.

- Ballatori, E. & Roila, F. (2003). Impact of nausea and vomiting on quality of life in cancer patients during chemotherapy. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3, 1-46. Doi: 10.1186/1477-7525-1-46.
- Barbosa, A. & Neto, I. (2006). *Manual de cuidados paliativos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Barbosa, M., Santos, F. & Barbosa, M. (2012). Fontes estressoras no paciente com diagnóstico de neoplasia mamária maligna. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 8(1), 10-18. Disponível em: pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872012000100003.
- Barenbaum, H., & Irvin, S. (1996). Alexithymia, anger, and interpersonal behavior. *Psychoterapic and Psychosomatic*, 65(4), 203-208. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8843501>.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On Model of Emotional-Social Intelligence (ESI). *Psicothema*, 18, supl., 13-25. Disponível em: http://www.eiconsortium.org/pdf/baron_model_of_emotional_social_intelligence.pdf
- Barros, A. C., Mottola, J., Ruiz, C. A., Borges, M. N. & Pinotti, J. A. (1999). Reassurance in the treatment of mastalgia. *The Breast Journal*, 5, 162-165. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11348279>.
- Barros, A.C., Silva, H. M. S., Dias, E. N., Nazário, A. C. P., & Figueira Filho, A. S.S. (1999). *Mastologia: condutas*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Barros, C. (2008). *Câncer de Mama*. In V. Carvalho, J. Franco, M. Kovács, R. Liberato, R. Macieira, M. Veit, M. Gomes, & L. Holtz (Orgs), *Temas em Psico-Oncologia* (pp.40-45). São Paulo: Summus.
- Barros, V. (2013). *Evidências da Validade da Escala de Consciência Plenas (MASS) e do Questionário da Facetas de Mindfulness (FMFMQ-BR) entre Usuários de Tabaco e a população em Geral*. Dissertação de Mestrado - Não publicada, Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais-Brasil.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder. A practical guide*. New York: Oxford University Press.
- Battisti, L. & Battisti, G. (2008). *Métodos estatísticos*. Unijuí da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul: Rio Grande do Sul- RS-Brasil.

- Bayés, R. (2004). Morir en paz: evaluación de los factores implicados. *Medicina Clínica*, 122(14), 539-541. Disponível em: file:///C:/Users/PackardBell/Downloads/13060479_S300_es.pdf.
- Bayés, R. (2010). Aproximación a la historia y perspectivas de la psicología del sufrimiento y de la muerte en España. *Información Psicológica*, 100, 7-13. Disponível em: [file:///C:/Users/PackardBell/Downloads/Dialnet-AproximacionAlaHistoriaYPerspectivasDeLaPsicologia-3642652%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/PackardBell/Downloads/Dialnet-AproximacionAlaHistoriaYPerspectivasDeLaPsicologia-3642652%20(1).pdf).
- Becher, H., Flesch-Janys, D., Kauppinen, T., Kogevinas, M., Steindorf, K., Manz, A. & Wahrendorf, J. (1996). Cancer mortality in German male workers exposed to phenoxy herbicides and dioxins. *Cancer Causes Control*, 7(3), 312-321. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8734824>.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Benda, K., Mendenhall, P., Lind, S., Cendan, J., Shea, F., Richardson, C., & Copeland, M. (2003). Breast conserving therapy (BCT) for early-stage breast cancer. *Journal of Surgical Oncology*, 85 (1), 14-27. Doi: 10.1002/jso.20000.
- Ben-Tovim, D. I., Walker, M. K., Fok, D. & Yap, E. (1989). An Adaptation of the Stroop Test for Measuring Shape and Food Concerns in Eating Disorders: A Quantitative Measure of Psychopathology? *International Journal of Eating Disorders*, 8(6), 681-687. Doi: 10.1002/1098-108X(198911)8:6<681::AID-EAT2260080609>3.0.CO;2-#.
- Berek, J. & Robert, B. (2008). Epithelial ovarian cancer. In F. Holland, *Cancer medicine* (6ª Ed.).
- Berçi, B. & Karakas, S. (2009). Perceptual conflict and response competition: event-related potentials of the Stroop effect. *Summer*, 20(2), 127-137. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19504363>.
- Bermond, B. (2003). Validity and reliability of the Bermond- Vorst Alexithymia Questionnaire. *Am. Journal Psychiatry*, 160, 636-645.
- Bermond, B., Vorst, H. C., Vingernhoets, A. J. J. M. & Gerritsen, W. (1999). The Amsterdam Alexithymia scale: Its psychometric values and correlations with other personality traits. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 241-251. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10516529>.

- Bernardes, N., Seruca, R., Chakrabarty, A. M. & Fialho, A. M. (2010). Microbialbased therapy of cancer: current progress and future prospects. *Bioeng Bugs*, 1, 178-190. Doi: 10.4161/bbug.
- Berthoz, S., Consoli, S., Perez-Diaz, F. & Jouvent, R. (1999). Alexithymia and anxiety: compounded relationships? A psychometric study. *European Psychiatry*, 14, 372-378. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10683621>.
- Berthoz, S., Artiges, E., Van de Moortele, P. F., Poline, J. B., Rouquette, S., Consoli, S. M. & Martinot, J. L. (2002). Effect of Impaired Recognition and Expression of Emotions on Frontocingulate Cortices: An fMRI Study of Men With Alexithymia. *American Journal of Psychiatry*, 159(6), 961-967. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12042184>.
- Bezerra, S., Gonçalves, P., Franco, E. & Pinheiro, A. (2005). Perfil de mulheres portadoras de lesões cervicais por HPV quanto aos fatores de risco para o câncer de colo uterino. *J Bras Doenças Sex. Transm*, 17(2), 143-148. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista17-2-2005/10-perfil%20de%20mulheres.pdf>.
- Bial, A. K., Schilsky, R. L., Sachs, G. A. (2006). Evaluation of cognition in cancer patients: Special focus on the elderly. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 60(3):242-255. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1040842806001168>.
- Biazús, J. V., Menke, C. H., Cavalheiro, J. A. & Rabin, E. G. (1999). Diagnóstico clínico do câncer de mama. In D. L. Basegio. *Câncer de mama: abordagem multidisciplinar* (pp. 17-24). Rio de Janeiro: Revinter.
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., Segal, Z., Abbey, S., Specia, M., Velting, D. & Devins, G. (2004). Mindfulness: a Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241. Disponível em: 10.1093/clipsy.bph077.
- Blair, R. J., Morris, J. S., Frith, C. D., Perrett, D. I. & Dolan, R. J. (1999). Dissociable neural responses to facial expressions of sadness and anger. *Brain*, 122 (Pt 5), 883-893. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10355673>.
- Bloom, J. R., Stewart, S., Johnston, M., Bank, P., & Fobair, P. (2001). Sources of support and the physical and mental well-being of young women with breast cancer. *Social Science & Medicine*, 53, 1513-1524. Doi:10.1016/S0277-9536(00)00440-8.

- Blumer, D. & Heibronn, M. (1982). Chronic pain as a variant of depressive disease. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 381-406. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7086394>.
- Boer, H., Elving, W., & Seydel, E. (1998). Psychosocial factors and mental health in cancer patients: Opportunities for health promotion. *Psychology, Health & Medicine*, 3(1), 71-79. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13548509808400591>.
- Boff, R. A. & Wisintainer, F. (2006). *Mastologia moderna: abordagem multidisciplinar*. Caxias do Sul: Mesa Redonda.
- Bohnen, N., Twijnstra, A. & Jolles, J. (1992). Performance in the stroop color word test in relationship to the persistence of symptoms following mild head injury. *Acta Neurologica Scandinavica*, 85, 116-121. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1574984>.
- Boring, et al. (1994). Cancer Statistics. *Cancer J. Clin.*, 44, 7-26. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/canjclin.44.1.7/abstract>.
- Borens, R., Grosse-Schultze, E., Jaensch, W., & et al. (1977). Is "alexithymia" but a social phenomenon? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 193-198.
- Bottino, F., Fráguas, F. e Gattaz, W. (2009). Depressão e câncer. *Revista Psiquiátrica Clínica*, 36(3):109-115. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rpc/v36s3/07.pdf.
- Bower, M. & Waxman, J. (2006). *Compêndio de oncologia*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Boyle, P. & Levin, B. (2008). *Bladder cancer*. In: World Cancer Report 2008 (eds. P. Boyle & B. Levin) (pp. 444-449). International Agency for Research on cancer, Lyon.
- Bozzini, N. (2004). *Leiomioma Uterino: Manual de orientação*. São Paulo: Ponto.
- Branco, I. (2005). Prevenção do câncer e educação em saúde: opiniões e perspectivas de enfermagem. Cancer prevention and health education: opinions and perspectives of nursing la prevencuión del cáncer y educación para la salud: opinines y perspectivas de enfermeira. *Texto Contexto Enferm.*, 14(2), 246-249.
- Brandão, T. & Matos, P. (2015). Eficácia das intervenções psicológicas em grupo dirigidas a mulheres com cancro da mama: uma revisão sistemática. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(1), 98-106. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.01.001>.

- Bradley, M. & Lang, J. (1999). *Affective Norms for English Words (ANEW): Stimuli, instruction manual and affective ratings* (Rel. No. C1 - Center for Research in Psychophysiology). Gainesville, FL: University of Florida.
- Branco, V. L. (2006). Psicanálise e psicossomática: uma revisão. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, (1-2), 257-267. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28770220>.
- Brandão, M. L. (1995). *Psicofisiologia*. São Paulo: Atheneu.
- Brás, A. (2008). *A influência da Alexitimia e do Estilo de Vinculação no desencadeamento e na manutenção perturbação de pânico*. Dissertação de Mestrado-não publicada. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Lisboa.
- Brenner, H., Francisci, S., De Angelis, R., et al., (2009). Long-term survival expectations of cancer patients in Europe in 2000-2002. *Eur J Cancer*, 45, 1028-1041.
- Brezden, C. B., Philips, K., Abdoell, M., Bunston, T. & Tannock, I. F. (2000). Cognitive function in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. *Journal of Clinical Oncology*, 18 (14), 2695-2701. Doi: 10.1200/JCO.2000.18.14.2695.
- Brito, M. & Camargo, V. (2011). Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres. *Temas em psicologia*, 29, 283-303. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v19n1/v19n1a23.pdf>.
- Brown, K., & Ryan, R. (2003). The Benefits of Being Present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12703651>.
- Brown, T. E. (2007). *Transtorno de Déficit de Atenção: A mente desfocada em crianças e adultos*. Porto Alegre: Artmed.
- Bruges, M. L. (2006) *Mastectomia e Auto-Conceito*. Lisboa: Lusociência.
- Bruzzi, P., Dogliotti, L., Naldoni, C., Bucchi, L., Costantini, M., Cicognani, A., Torta, M., Buzzi, G. F. & Angeli, A. (1997). Cohort study of association of risk of breast cancer cyst type in women gross cystic disease of the breast. *The Breast Medical Journal*, 314(7085), 925-928. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2126378/pdf/9099114.pdf>.

- Bueno, H. M. J. & Primi, R. (2003). Inteligência emocional: um estudo de validade sobre a capacidade de perceber emoções. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(2), 279-291. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v16n2/a08v16n2>.
- Buick, D.L. (1997) *Illness representations and breast cancer: coping with radiation and chemotherapy*. In Petrie, K. J. & Weinman, J. A. (eds). *Perceptions of Health and Illness*, (379-410). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Burchell, A., Winer, R., Sanjosé & Franco, E. (2006). Chapter 6: Epidemiology and transmission dynamics of genital HPV infection. *Vaccine*, 24 (3), 52-61. Doi: 10.1016/j.vaccine.2006.05.031.
- Burgess, I. S., Jones, L. N., Robertson, S. A., Radcliffe, W. N., Emerson, E., Lawler, P., & Crow, T. J. (1981). The degree of control exerted by phobic and non-phobic verbal stimuli over the recognition behaviour of phobic and non-phobic participants. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 223-234. Doi: 10.1016/j.vaccine.2006.05.031.
- Burón, R. R., Rodríguez, J. A. P., Linares, V. R., López, L. J. G., Gonzáles, A. E. M. & Guadalupe, L. A. O. (2008). Psicología y cáncer. *Suma Psicológica*, 15(1), 171-198.
- Cabaco, A. S., Martínez, J. M. A. & Giner, M. C. S. (1997). La tera de interferencia stroop: 110 años después del informe de cattell de identificación de colores y palavras. *Revista de la Psicología*, 18 (1-2), 27-38. Disponível em: [file:///C:/Users/PackardBell/Downloads/03.%20ARANA%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/PackardBell/Downloads/03.%20ARANA%20(1).pdf).
- Cabaco, A. S. (1998). Mecanismo Atencional y Procesos de Interferencia: Aspectos Conceptuales y Aplicaciones Clínicas. *Temas de Psicología*, (VI), 405-418.
- Cabaco, A. S., Colás, I. C., Hage, S., Abramides, D., & Loureiro, M. J. (2002). Selectividade atencional e predisposição emocional face a estímulos do comportamento alimentar: *Dimensões transculturais. Análise Psicológica*, 4 (XX), 625-636. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v20n4/v20n4a07.pdf>.
- Cacioppo, J. T. & Gardner, W. L. (1999). Emotion. *Annual Review of Psychology*, 50, 191-214.
- Calas, M. J. G. (2005). *Ultra-sonografia mamária: revisão e validação de uma proposta de classificação ecográfica*. Rio de Janeiro, RJ: Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Callegaro, M. M. (2011). *O novo inconsciente: como a terapia cognitiva e as neurociências revolucionaram o modelo do processamento mental*. Porto Alegre: Artmed.

- Calleja, N. & Pozo, M. R. H. (2010). Efecto emotional Stroop y comportamiento tabagico en adolescentes. *Revista Iberoamericana de Psicologia: Ciência e Tecnologia*, 3 (1), 39-47.-Disponível em: [file:///C:/Users/PackardBell/Downloads/Dialnet-EfectoEmocionalStroopYComportamientoTabaquicoEnAdo-4905163%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/PackardBell/Downloads/Dialnet-EfectoEmocionalStroopYComportamientoTabaquicoEnAdo-4905163%20(1).pdf).
- Collota, F., Allavena, P., Sica, A., Galanda, C. & Mantovani, A. (2009). Cancer-related inflammation, the seventh hllmark of cancer: links to genetic instability. *Carcinogenesis*, 30(7), 1073-1081. Doi: 10.1093/carcin/bgp127.
- Camacho-Ruíz, E. J., Mancilla-Díaz, J. M., Escoto-Ponce de León, M. C. & Yáñez-Tellez, M. G. (2009). Design and validation of a computerized stroop-like task to evaluate attentional biases in bulimia nervosa. *Mexican Journal of Behavior Analysis*, 35(2), 75-89. Doi: 10.1093/carcin/bgp127.
- Camargo Júnior, H. S.A., & Camargo, M. M. A. (2004). Aspectos técnicos da punção de cistos mamários. *Femina*, 8(32), 663-667. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/oncologiauy/resource/es/lil-404850>.
- Campaner, A. B., Carvalho, S., Lima, S. M., Santos, R. E., Galvão, M. A., Ribeiro, P. A., & Aoki, T. (2006). Avaliação histológica de pólipos endometriais em mulheres após a menopausa e correlação com risco de malignização. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28(1),18-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n1/29589.pdf>.
- Canavarro, M. (1995). Inventário de sintomas psicopatológicas - B.S.I. *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*, 2, 95-109 (Simões, M., Gonçalves, M. & Almeida, L. - Eds.). Braga: APPORT/SHO.
- Cantinelli, F. S., Camacho, R. S., Smaletz, O., Gonsales, B. K., Braguittoni, E., & Rennó, J. R. (2006). A oncopsiquiatria no câncer de mama: considerações a respeito de questões do feminino. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(3): 124-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n3/a02v33n3.pdf>.
- Cardoso, G. (2004). Perturbações Psiquiátricas no Hospital Geral. *Psilogos*, 1(2), 48-56. Disponível em: http://www.psilogos.com/Revista/Vol1N2/Indice2_ficheiros/Cardoso.pdf.
- Carlson, E. (2013). Overcoming the barriers to self-knowledge. Mindfulness as a path to seeing yourself as you really are. *Perspectives on Psychological in Science*, 8(2), 173-186. Disponível em : <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1745691612462584>.
- Carlson, L. E., Specia, M., Faris, P., & Patel, K. D. (2007). One year pre-post intervention follow-up of psychological, immune, endocrine and blood pressure outcomes of

mindfulness-based stress reduction (MBSR) in breast and prostate cancer outpatients. *Brain, Behavior, & Immunity*, 21, 1038-1049. Doi:10.1016/j.bbi.2007.04.002.

Carneiro, B. V. (2008). *Propriedades psicométricas da OAS - Observer Alexithymia Scale: versão brasileira*. Tese de Doutorado - Não publicada. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

Carneiro, B. & Yoshida, E. (2009). Alexitimia: Uma revisão do conceito. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(1), 103-108. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n1/a12v25n1.pdf>.

Carvalho, M. M. (1994). Visualização e câncer. In M. M. Carvalho (Org.), *Introdução à psiconcologia*. Campinas, SP: Psy.

Carvalho, M. & Queiroz, A. (2010). Lesões precursoras do câncer cervicouterino: Evolução histórica e subsídios para consulta de enfermagem ginecológica. *Esc Anna Ner*, 14 (3), 617-624. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000300026.

Carvalho, S. (2009). *Disfunção sexual feminina após cancro cervical*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto, Porto.

Carvalho, V. A., & Pereira, M. H. (2008). *Temas em Psico-oncologia* (1ª Ed.). São Paulo: Sumus.

Carver, S. C. (1993). How coping mediates the effects of optimism on distress: A study of woman with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 375-389. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1993-46011-001>.

Carver, C. S., Pozo-Kaderman, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Clark, K. C., et al. (1994). Optimism versus pessimism predicts the quality of women's adjustment to early stage breast cancer. *Cancer*, 73, 1213-1220. Doi:10.1002/1097-0142(19940215)73:43.O.CO;2-Q.

Carver, C.S. & Scheier, M.F. (2001). *Optimism, Pessimism, and Self-Regulation*. In Chang, Edward C. (ed). *Optimism & Pessimism implications for Theory, Research, and Practice*, (31-52), American Psychological Association, Washington, DC.

Casado, L., Guerrero, E., Zanin, G., & Budía, A. (2014). Aplicación del programa de Reducción del Estrés Basado en la Atención Plena (REBAP) en pacientes con enfermedad orgánica atendidos en el Programa de Enlace e Interconsultas de Salud Mental. Un estudio

piloto. *Apuntes de Psicología*, 32(2), 119-125. Disponível em: [file:///C:/Users/PackardBell/Downloads/503-1146-1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/PackardBell/Downloads/503-1146-1-SM%20(1).pdf).

Cassiday, K. L., McNally, R. J., Richard, J., & Zeitlin, S. B. (1992). Cognitive processing of trauma cues in rape victims with post-traumatic stress disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 283-295. Doi: doi:10.1007/BF01183282.

Cassul, A. (2012). *Impacto psicológico da doença oncológica em pacientes oncológicos angolanos tratados em Portugal: estudo comparativo com uma amostra de imigrantes angolanos saudáveis vivendo em Portugal*. Tese de Doutoramento - Não publicada. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Faro.

Cattell, J. M. (1986). The time it takes to see and name objects. *Mind*, 2, 63-65.

Cerchiari, E. (2000). Psicossomática um estudo histórico e epistemológico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 20(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932000000400008>.

Cerchiari, E. (2002). Uma contribuição ao estudo da relação entre o câncer de mama e a alexitimia. Dissertação de Mestrado - Não publicada. Universidade de Psicologia-Faculdade de Medicina. Aplicada-Lisboa, Lisboa.

Cerezo, M. V., Ortiz-Tallo, M. & Cardenal, V. (2009). Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama: una intervención psicológica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1), 131-140. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80511492010>.

Cerezo, P., García-Moja, C., Gándara, J., & Hernández, H. (1988). Aspectos teóricos, clínicos y evaluación de la alexitimia. *Psiquis*, 9 (6-7), 19-29.

Chambers R., Barbara Chuen Yee, Lo & Clark, N. B. (2008). The impact of intensive mindfulness training on attentional control, cognitive style, and affect. *Cognitive. Therapy and Research*, 32, 303-322. Doi:10.1007/s10608-007-919-0.

Chatzisarantes, N. L. D., & Hagger, M. S. (2008). Influences of personality traits and continuation intentions on physical activity participation within the theory of planned behaviour. *Psychology and Health*, 23, 347-367. Doi: 10.1080/14768320601185866.

Chiesa, A. & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: A review and meta-analysis. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15,593-600. Doi: 10.1089/acm.2008.0495.

- Chiu, N. T., Lee, B. F., Hsiao, S., & Pai, M. C. (2004). Educational level influences regional cerebral blood flow in patients with Alzheimer's disease. *Journal of Nuclear Medicine*, (45)11, 1860-1863. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15534055>.
- Christopher, M., Christopher, B., & Charoensuk, S. (2009). Assessing "Western" Mindfulness among Thai Theravada Buddhist Monks. *Mental Health, Religion and Culture*, 12(3), 303-314. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13674670802651487>.
- Clark, D. M. (1988). A cognitive model of panic attacks. In S. Rachman, & J. D. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives* (pp. 71- 89), Berlim.
- Clement, J. P., Poirot, I., Paulin, S., & Leger, J. M. (1997). Alexithymie et dépression du sujet agé. *Annals Psychiatry*, 12(3), 142-150. Disponível em : <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=2836768>.
- Clerici, M., Albonetti, S., Papa, R., Penati, G., & Invernizzi, G. (1992). Alexithymia and obesity. Study of the impaired symbolic function by the Rorschach Test. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57, 88-93.
- Cohen, L., Hack, T. F., Moor, C., Katz, J. & Goss, P. E. (2000). The effects of type of surgery and time on psychological adjustment in women after breast cancer treatment. *Annal of Surgical Oncology*, 7(6), 427-434. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10894138>.
- Comalli P. E., Jr., Wapner S., Werner H. (1962). Interference effects of Stroop color-word test in childhood, adulthood, and aging. *J. Genet. Psychol.* 100, 47-53. Doi: 10.1080/00221325.1962.10533572.
- Comissão Científica da Sociedade Brasileira de Mastologia (1994). *I Reunião Nacional de Consenso em Mastologia. Módulo II. Alterações funcionais benignas das mamas*. Disponível em: http://www.bibliomed.com.br/diretrizes/pdf/dor_mamaria.pdf.
- Cooper, B. & Fry, J. (1969). A longitudinal study of psychiatric morbidity in a general practice population. *Brit. J. Prev. Soc. Med*, 23, 210-217. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1059203/pdf/brjprevsmed00096-0006.pdf>.
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychology*, 20(3), 176-185. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11403215>.

- Costa, A. R. (2011). *Massa pélvica (massas uterinas e anexiais benignas)*. Disponível em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap_09.pdf.
- Costa, C. et al. (2005). *O cancro e a qualidade de vida: a quimioterapia e outros fármacos no combate ao cancro*. Sintra: Novartis.
- Costa, C., Lopes, S., & Santana, R. (2008). Diagnosis Related Groups e Disease Staging: importância para a administração hospitalar. *Sistema de Classificação de Doentes*, 7, 7-28. Disponível em: <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/volume-tematico-7-2008-administracao-hospitalar/E-01-2008.pdf>.
- Costa, D. I., Azambuja, L. S., Portuguese, N. W. & Costa, J. C. (2004). Avaliação neuropsicológica da criança. Neuropsychological assessment in children. *Jornal de Pediatria*, 80(2), 111-116. Disponível em: www.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80n2Sa13.
- Costa, J. M. (2010). *Qualidade de vida na mulher em quimioterapia por cancro de mama: estudo de coorte prospectivo*. (Tese de Mestrado não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Portugal.
- Costa, L. (2004). *O cancro também pode morrer*. Coleção Compreender a Doença. Porto: Âmbar.
- Costa, S. (2012). *Experiencia percebida del sufrimiento y sintomatología psicológica en mujeres con cáncer de mama*. Tese de Doutoramento- Não publicada. Universidad de Salamanca. Salamanca-Espanha.
- Costa, S. (2014). *Cancro da mama: Dores do sofrimento feminino na experiência com a doença*. Viseu: Psicosoma.
- Correia, S. (2003). *Probalidade & Estatística*. PUCMINAS: Minas Gerais.
- Coutinho, E. S. F., Almeida-Filho, N. & Mari, J. (1999). Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultado de um estudo transversal em três áreas urbanas do Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26(5), 246-256. Disponível em: <http://br.monografias.com/trabalhos/factores-risco-morbidade/factores-risco-morbidade.shtml>.
- Crane, R. (2000). Cancro da mama. In S. Otto (Ed.), *Enfermagem em oncologia* (pp. 89-118). Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas.

- Cruzado, J. & Olivares, M. (1999). *Evaluation y tratamiento psicológico del cancer*. In Buceta, J., & Bueno, A. (eds.). Tratamiento psicológico de hábitos y efermedades. (pp. 341-402). Madrid: Pirámide.
- Cunningham, A.J., Lockwood, G.A., & Cunningham, J.A. (1991). A relationship between perceived self-efficacy and quality of life in cancer patients. *Patient Education and Counseling* 17(1), 71-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1997998>.
- Dalgalarondo, P. (2000). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Damásio, A. (2000). *O Mistério da Consciência: do Corpo e das Emoções do Conhecimento de Si*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Damásio, A. (2004). *Em busca de Espinosa: prazer e dor na ciência dos sentimentos*. São Paulo: Companhia das Letras.
- David, D., Montgomery, G. & Bovbjerg, D. (2006). Relations between coping responses and optimism-pessimism in predicting anticipatory psychological distress in surgical breast cancer patients. *Personality and Individual Differences*, 40, 203-213. Doi:10.1016/j.paid.2005.05.018.
- Davidson, R. J. (1994). Complexities in the search for emotion-specific physiology. In P. Ekman, & R. J. Davidson (Eds), *The nature of emotion: fundamental questions* (pp.237.242). New York: Oxford University Press.
- Davis, D. M., & Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy*, 48(2), 198-208. Doi:10.1037/a0022062.
- Demers-Desrosiers, A., Cohen, R., & Catchlove, H. (1983). The measure of symbolic function in alexithymic pain patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 39, 65-76. Disponível em : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6192460>.
- Derogatis, L. R., Marnow, G. R., Fetting, J., Pennan, P., Piasetssy, S., Sahmale, A. M., Henrichs, D. & Carnicke, C. L. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Jama*, 249(6), 751-757. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6823028>.
- Deters, G. (2003). *Cancro*. In, W. Phipps, J. Sands, J. Marek. Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica (pp. 287-361). Vol. I. Loures: Lusociência.
- Dias C. (1981) Psicossomática e Reumatologia. *Separata do Jornal do Médico*, 215-221.

- Dias, M. R., Manuel, P., Xavier, P. & Costa, A. (2002). O cancro da mama no "seio" da família. In M. R. Dias & E. Durá (eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 303-320). Lisboa: Climepsi Editores.
- Didonna, F. (2009). *Clinical handbook of mindfulness*. New York: Springer.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11392863>.
- Dion, K. L. (1996). Ethnolinguistic correlates of alexithymia - towards a cultural perspective. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 531-539. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9032716>.
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2005). *Divisão de Epidemiologia. Risco de Morrer em Portugal, 2002*. Lisboa: DGS. Acedido em Abril de 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/PackardBell/Downloads/i008316.pdf>.
- Direção Geral da Saúde (DGS), Comissão técnica de vacinação. (2008). *Programa nacional de vacinação (HPV): Introdução de vacina contra infeções por vírus do papiloma humano*. Texto de apoio à circular Normativa nº22/DSCS/DPCD. Lisboa: Direção Geral de Saúde (DGS). Disponível em: <file:///C:/Users/PackardBell/Downloads/i009812.pdf>.
- Direção Geral de Saúde (DGS) (2013). *Portugal doenças oncológicas em números - 2013: programa para as doenças oncológicas*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2014). Portugal: *Doenças oncológicas em números, 2014*. Acedido em Janeiro de 2013. Disponível em: [file:///C:/Users/PackardBell/Downloads/i021015%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/PackardBell/Downloads/i021015%20(1).pdf).
- Dirks, F., Robinson, K., & Dirks, L. (1981). Alexithymia and the Psychomaintenance of Bronchial Asthma. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 36, 63-71. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/ShowPic/287527/?image=000287527-1.jpg>.
- Dixon, J. M. & Mansel, R. E. (1994). ABC of breast diseases: congenital problems and aberrations of normal breast development and involution. *BMJ*, 309(6957), 797-800. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2541002/pdf/bmj00458-0051.pdf>.
- Doolittle, M., & Holland, J. C. (2011). Challenging personalities in the oncology setting. *Journal Support Oncology*, 9(2), 53-58. Doi : 10.1016/j.suponc.2011.02.004.

Doyle, D., & all. (2000). *Oxford textbook of palliative medicine*. Oxford: University Press.

Doehrmann, S., Landau, R. & O'Connell, D. (1978). The Stroop phenomenon: Perceptual conflict or response competition? *Percept Mot Skills*, 47, 1127-1131. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/745884>.

Dow, K. H., Ferrell, B. R., Leigh, S., Ly, J. & Gulasekaram, P. (1996). An Evaluation of the Quality of Life Among Long-Term Survivors of Breast Cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 39, 261-273. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8877006>.

Dresler, T., Mériaux, K., Heekeren, H. R. & van der Meer, E. (2009). Emotional Stroop task: effect of word arousal and subject anxiety on emotional interference. *Psychological Research*, 73(3), 364-371. Doi: 10.1007/s00426-008-0154-6.

Drinville, J. S. & Memarzadeh, S. (2007). Benign disorders of the uterine corpus. In A. H. De Cherney & L. Nathan (Eds.), *Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment* (10ª Ed., pp.639-653). Nova York: McGraw-Hill.

Duarte, T. P. & Andrade, A. N. (2003). Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estudos de Psicologia*, 8(1), 155-163. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n1/17245.pdf>.

Durá, E. & Ibáñez, E. (2000). Psicología Oncológica: Perspectivas Futuras de Investigación e Intervención profesional. *Psicología, Saúde e Doenças*, 1(1), 27-43. Disponível em: [file:///C:/Users/PackardBell/Downloads/3%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/PackardBell/Downloads/3%20(3).pdf).

EORTC (2001). EORTC QLQ-BR23 scoring manual. 3ª ed. EORTC: Brussels.

Dursun, P., Ali A. & Esra K. (2009). Nerve-sparing radical hysterectomy for cervical carcinoma. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 70, 195-205. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25872326>.

Eberlein, J. (1995). Breast Cancer Surgery. In D. M., Hayes (ed), *Atlas of Breast Cancer* (Chapter five). Published by Mosby-Wolfe.

Eifel, P., Axelson, A. & Costa, J. (2001). National institutes of health consensus development conference statement: Adjuvant therapy for breast cancer. *J Natl Cancer Institute*, 93 (8), 979-989. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11438563>.

Eizirik, C. L. & Ferreira, P. E. S. (1996). Aspectos psicológicas no tratamento do cancer. In: Schwartzmann, G., Katz, A., Cunha, F. M. Vinholes, I., Gansl, R. C., Simon, S. D. (ed.) (1991). *Oncologia Clínica. Princípios e Prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Eizaguirre, A. E. (2002). Alexitimia y relaciones de pareja. *Psicothema*, 14(4), 760-764. Disponível em: <http://www.psicothema.com/pdf/795.pdf>.
- Engel, J, Kerr, J, Schlesinger-Raab, A, Sauer, H & Hölzel, D. (2004). Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: Results of a 5-year prospective study. *Breast Journal*, 10(3), 223-231. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15125749>.
- Ekman, P. & Rosenberg, E. (1997). *What the face reveals: basic and applied studies of spontaneous expression using the Facial Action Coding System (FACS)*. New York, NY: Oxford University Press.
- Ell, K., Sanchez, K., Vourlekis, B., Lee, P., Johnson, M., Lagomasino, I., Muderpach, L. & Russel, C. (2005). Depression, correlate of depression acancernd receipt of depression care among low income women with breast or gynecologic. *Journal of Clinical Oncology*, 23, 3052-3060. Doi: 10.1200/JCO.2005.08.041.
- Epp, A. M., Dobson, K. S., Dozois, D. J., & Frewen, P. A. (2012). A systematic metaanalysis of the Stroop task in depression. *Clinical Psychology*, 32, 316-328. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735812000281>.
- Esgalhado, G., Simões, M. F. & Pereira, H. (2010). *Versão Portuguesa do Teste Stroop de Cores e Palavras: Aferição para a Infância e a Adolescência*. Lisboa: Placebo Editora.
- Esteves, S. C. B., Oliveira, A. C. Z. & Feijó, L. F. A. (2004). Braquiterapia de alta taxa de dose no Brasil. *Radiologia Brasileira*, 37, 337-341. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rb/v37n5/22113.pdf>.
- Evans, D. L., Charney, D. S., Lewis, L., Golden, R., Gorman, J. et al. (2005). Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biological Psychiatry*, 58(3), 175-179. Doi: 10.1016/j.biopsych.2005.05.001.
- Evans, L. & Connis, T. (1995). Comparison of brief group therapies for depressed cancer patients receiving radiation treatment. *Public Health Report*, 110, 306-311. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7610222>.
- Faccioli, C., Peru, A., Rubini, E. & Tassinari, G. (2006). Poor readers but compelled to read: Stroop effects in developmental dyslexia. *Journal on Normal and Abnormal Development in Development in childhood and Adolescence*, 3, 277-283. Disponível em: 10.1080/09297040701290040.

- Fanger, P. C., Azevedo, R. C. S., Mauro, M. L. F., Lima, D. D. Gaspar, K. C., Silva, V. F. et al. (2010). Depressão e comportamento suicida em pacientes oncológicos hospitalizados: prevalência e fatores associados. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 56(2), 173-178. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000200015
- Farias, E., Souza, R. & Aarestrup, M. (2005). Avaliação da apoptose no carcinoma ductal infiltrante da mama: Associação com graus histológicos e fatores prognósticos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 3 (51), 209-218. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/artigo3.pdf.
- Farrag, A. K., Khedr, E. M., Abdel-Aleem, H. & Rageh, T. A. (2002). Effect of surgical menopause on cognitive functions. *Dement Geriatr. Cogn. Disord.*, 13(3):193-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11893842>.
- Fauci, A. et al (2008). Harrison's principles of internal medicine. 17th ed. USA: McGraw-Hill Companies, Inc.
- Fava, D., Kristensen, C., Melo, W. & Araújo, L. (2009). Construção e validação de tarefa de Stroop Emocional para avaliação de viés de atenção em mulheres com Transtorno de Ansiedade Generalizada. *Pandeia*, 19(43), 159-165. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v19n43/03.pdf>.
- Fawzy, I. & Greenberg, D. B. (1996). *Oncology*. In: Rundell, J. R., Wise, M. G. (editors). *Textbook of consultation-liaison psychiatry* (pp-351-64). Washington (DC): Am Psychol Press.
- Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) (1971). Classification and staging of malignant tumors in the female pelvis. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 9, 172-75.
- Feiguine, J., Hulihan, M. & Kinsman, A. (1982). Alexithymic asthmatics: Age and alexithymia across the life span. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 37, 185-188. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7178399>.
- Feldmanhall O., Dalgleish T. & Mobbs D. (2013). Alexithymia decreases altruism in real social decisions. *Cortex*. 49(3):899-904. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010945212003176>.
- Ferlay, J., Autier, P., Boniol, M., Heanue, M., Colombet, M. & Boyle, P. (2006). Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Annals of oncology*, 18, 3, 581-592. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17287242>.

- Ferlay, J., Shin, R., Bray, F., Forman, D., Mathers, C. & Parkin, M. (2010) - *Cancer Incidence and Mortality Worldwide: Globocan, 2008*. Doi: 10.1002/ijc.25516.
- Ferlay, J., Steliarova-Foucher, E., Lortet-Tieulent, J., Rosso, S., Coebergh, J. W., Comber, H. & Bray, F. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. *Eur. Journal Cancer*, 49(6), 1374-403. Doi: 10.1016/j.ejca.2012.12.027. Epub 2013 Feb 26.
- Fernandes, C. (2009). *Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de colo uterino submetidas à radioterapia*. Dissertação de Mestrado - Não publicada. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Fernandes, S. & McIntyre, T. (2002). Avaliação da Eficácia de um Programa de Intervenção Psicológica Breve em Mulheres com Cancro da Mama. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 359-379. Fleming, Manuela (2003). *Dor Sem Nome*. Pensar.
- Fernandes, N. & Tomé, R. (2001). Alexitimia. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3, 97-111. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/287/28730204.pdf>.
- Fernandes, S. M. R. (2009) *Preditores psicossociais do ajustamento à doença e tratamento em mulheres com cancro da mama: o papel do estado emocional, das representações de doença, do otimismo e dos benefícios percebidos*. Tese de Doutoramento - Não-publicada. Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga.
- Ferreira, M. (2013). *Modelos de Regressão: uma aplicação em Medicina Dentária*. Dissertação de Mestrado - Não publicada. Universidade Aberta, Lisboa.
- Ferrell, B. R., Dow, K. H., Leigh, S., Ly, J. & Gulasekaram, P. (1995). Quality of life in long-term cancer survivors. *Oncol. Nurs. Forum*, 22(6), 915-922. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7567610>.
- Ferris, D. (2007). Prophylactic Efficacy of a Quadrivalent Human Papillomavirus (HPV) Vaccine in Women with Virological Evidence of HPV Infection. *The Journal of Infectious Diseases*, 196 (10), 1438-1446. Disponível em: <https://academic.oup.com/jid/article/196/10/1438/1075198/Prophylactic-Efficacy-of-a-Quadrivalent-Human>.
- Fisch, Z. (1989). Alexithymia masked depression and loss in a holocaust survivor. *British Journal of Psychiatry*, 154, 708-710. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2597865>.

- Fischer, A.R., & Good, G. E. (1997). Men and psychotherapy: an investigation of alexithymia, intimacy and masculine gender roles. *Psychotherapy*, 34(2), 160-170. Disponível em: Men and psychotherapy: an investigation of alexithymia, intimacy and masculine gender roles.
- Flach, B. (2002). *Health Psychology*. New York: Worth Publishers.
- Fletcher, G. H. (1973). Clinical dose-response curves of human malignant epithelial tumours. *Br J Radiol*, 46, 1-12. Doi: 10.1259/0007-1285-46-541-1.
- Foa, E. B., Feske, U., Murdock, T. B., Kozak, M. J. & McCarthy, P. R. (1991). Processing of threat-related information in rape victims. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 156-162. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2040766>.
- Foley, E., Baillie, A., Huxter, M., Price, M. & Sinclair, E. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for individuals whose lives have been affected by cancer: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(1), 72-79. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/78/1/72/>.
- Fonseca, M. (2012). *Relação entre a regulação da satisfação das necessidades psicológicas, funcionamento esquemático e alexitimia*. Dissertação de Mestrado - Não publicada. Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Fortes, S., Villano, L. A. B., & Lopes, C. S. (2008). Perfil nosológico e prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes atendidos em unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) em Petrópolis, Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(1), 32-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n1/2535.pdf>.
- Fortes, M. I. A. (2009). Psicanálise face ao hedonismo contemporâneo. *Revista Mal-estar e Sociedade*, 9(4), 1123-1144.
- França, A. C. L. & Rodrigues, A. L. (2011). *Stress e trabalho: Uma abordagem psicossomática*. Atlas: São Paulo.
- Franco, E., Duarte Franco, E. & Ferenckzi, A. (2001). Cervical cancer: epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus infection. 164 (7), 1017-1025. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC80931/>.
- Franco, M. H. P. & Kovács, M. J. (2008). *Pesquisa em psico-oncologia*. In V. A. de Carvalho e cols (Orgs). Temas em psico-oncologia (pp. 590-595). São Paulo: Summus.
- Francisco, J., Carvalho, M. & Batista, A. (2008). *Otimismo, estratégias de coping e ajustamento emocional em indivíduos com doenças do foro oncológico*. In I. Leal, J. Pais-

- Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Eds.), Proceedings of the 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde (pp. 295-298). Lisbon, Portugal: ISPA.
- Freeman, J. B. & Beck, J. G. (2000). Cognitive interference for trauma cues in sexually abused adolescent girl with posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 29, 245-256. Doi: 10.1207/S15374424jccp2902_10.
- Freire, L. (2010). Alexitimia: dificuldade de expressão ou ausência de sentimento? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 15-24. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n1/a03v26n1.pdf>.
- Freire, P. (2010). *Professora sim, tia não: cartas a quem ousa ensinar*. São Paulo: Olho d'água, 2010.
- Freitas-Magalhães, A. (2011). *A Psicologia das Emoções. O fascínio do rosto humano*. Porto: Revista e Atualizada.
- Freud, S. Além do princípio do prazer (1920). In: *Pequena coleção das obras de Freud*; trad. C.M. Oiticica. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- Frewen, A., Dozois, J., Neufeld, W. & Lanius, A. (2008). Meta-analysis of alexithymia in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 243-246. Doi: 10.1002/jts.20320.
- Freyberger, H. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1), 337-342.
- Fujii S, Takakura K, Noriomi M, Matsumura, N., Higuchi, T., Yura, S., Mandai, M., Baba, T. & Yoshioka, S. (2007) Tsukasa Baba precise anatomy of the vesicouterine ligament for radical hysterectomy. *Gynecol Oncol*, 104, 186-91. Doi: 10.1016/j.ygyno.2006.07.041.
- Fujii S. (2008). Original film of the Okabayashi's radical hysterectomy by Okabayashi himself in 1932, and two films of the precise anatomy necessary for nerve-sparing Okabayashi's radical hysterectomy clarified by Shingo Fujii. *International Journal of Gynecological Cancer*, 18 (2), 383-385. Doi: 10.1111/j.1525-1438.2007.01016.x.
- Fukunishi, I. & Kaji, N. (1997). Externally oriented thinking of obese men and women. *Psychol. Rep.*, 80(1), 219-224. Doi: 10.2466/pr0.1997.80.1.219.
- Fukunishi, I., Kikuchi, M., Wogan, J., & et al. (1997). Secondary alexithymia as a state reaction in panic disorder and social phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 38(3), 166-70. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9154373>.

- Furnham, A. (1986). Response bias, social desirability and dissimulation. *Personality and Individual Differences*, 7, 385-400. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0191886986900140>.
- Gadelha, M., Costa, M. & Almeida (2005) Estadiamento de Tumores Malignos - análise e sugestões a partir de dados da APAC. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51(3), 193-199. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/artigo1.pdf.
- Gallagher, J., Parle, M. & Cairns, D. (2002). Appraisal and psychological distress six month after diagnosis of breast cancer. *British Journal of Health Psychology*, 7, 365-376. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12614506>.
- Gameiro, H. (1999). *O sofrimento na doença*. Coimbra: Quarteto.
- Gandini, C. R. (1995). *Câncer de mama: evolução da eficácia adaptativa em mulheres mastectomizadas*. Tese de Doutorado - Não-publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Garafalo, P., Choppala, S., Hamann, H. & Gjender, M. (2009) Uncertainty during the transition from cancer patient to survivor. *Cancer Nursing*, 32 (4), 8-14. Doi: 10.1097/NCC.0b013e31819f1aab.
- Garner, K., Junior, A., & Rolim, G. (2010). Dor em oncologia: intervenções complementares e alternativas ao tratamento medicamentoso. *Temas de Psicologia*. 18(2), 345-355. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v18n2/v18n2a09.pdf>.
- Garson, G. (2015). *Multivariate GLM, MANOVA and MANCOVA*. Statistical Associates: Carolina do Norte -USA.
- Gascón, M., Adda, C., Miotto, E., Lúcia, M. & Scaff, M. (2010). Desempenho de uma amostra da população adulta saudável com alta escolaridade em testes atencionais. *Psicologia Hospitalar*, 8(1), 77-92. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v8n1/v8n1a06.pdf>.
- Gaspar, A. (1992). O ensino informal de ciências: de sua viabilidade e interação com o ensino formal à concepção de um centro de ciências. *Cad.Cat.Ens.Fis., Florianópolis*, 9(2), 57-163. Disponível em: [file:///C:/Users/PackardBell/Downloads/7493-22553-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/PackardBell/Downloads/7493-22553-1-PB%20(1).pdf).
- Gazzaniga, M. S., Ivry, R. B. & Mangun, G. R. (2002). *Cognitive neuroscience: the biology of the mind* (2nd Ed.). Nova York: WW Norton.

- Geller, V. & Shaver, P. (1976). Cognitive consequences of self-awareness. *Journal of Experimental Social Psychology*, 12, 99-108. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0022103176900895>.
- Germer, C. K., Siegel, R. D. & Fulton, P. R. (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Geschickter, C. F. (1947). *Enfermedades de la mama*. Buenos Aires : Lhorens & Cia SRL.
- Gignac, G. E., Palmer, B. R., Manocha, R., & Stough, C. (2005). An examination of the factor structure of the Schutte self-report emotional intelligence (SSREI) scale via confirmatory factor analysis. *Personality and Individual Differences*, 39, 1029-1042. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0191886905001455>.
- Gil, F., Sirgo, A., Lluch, P., Maté, J. & Stradé, E. (2001). *Intervención psicológica en pacientes de cáncer*. In M. R. Dias & E. Durá (Orgs.). *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 427-452). Lisboa: Climepsi.
- Gil, M. & Portellano, P. (2005). Evaluación neuropsicológica de la alexitimia y del procesamiento emocional en pacientes oncológicos. *Revista de Psicooncología*, 2(1), 33-39. Disponível em: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0505120033A>.
- Gil, R. (2004). *Neuropsicología*. Barcelona: Masson, S. A.
- Gimenes, M. G. G. (1998). A pesquisa do enfrentamento na prática psico-oncológica. In M. M. M. J. Carvalho (Org.), *Psicooncologia no Brasil: resgatando o viver* (pp. 232-246). São Paulo: Summus.
- Gimenes, M. G. G. (2000). O que é psiconcologia. In M. G. Gimenes & M. H. Fávero (Orgs.), *Introdução à psicooncologia* (pp.35-56). São Paulo: Livro Pleno.
- Gimenes, M. G. G. & Queiroz, E. (1997). *As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia*. In M. G. G. Gimenes & M. H. Fávero (Orgs.), *A mulher e o câncer* (pp.173-195). São Paulo: Editorial Psy.
- Ginarte-Arias, Y. (2002). Rehabilitación cognitiva. Aspectos teóricos y metodológicos. *Revista de Neurología*, 34 (9), 870-876. Disponível em: <https://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2013/07/Rehabilitación-Cognitiva.-Aspectos-teóricos-y-metodológicos.pdf>.

- Glenn, E. A., Park, B., Granger, L. & Symonds, P. & Mitchell, A. J. (2011). Desite for psychological support in cancer patients with depression or distress: validation of a simple help question. *Psycho-Oncology*, 20(5), 525-531. Doi: 10.1002/pon.1759.
- Globocan, 2008 - International Agency for Research on Cancer. (2008): *Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008*. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/>.
- Godding, P. R., McAnulty, R., Wittrock, D. A., Britt, D. B. & Khansur, T. M. D. (1995). Predictors of depression among male cancer patients. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 183(2), 95-98. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7844583>.
- Golden, C. (1978). *Stroop color and word test*. Ilinois: Stoelting Company.
- Golden, C. J. (2001). Stroop - Test de colores y palabras. *Manual* (3ª Ed.). Madrid: Publicaciones de Psicología Aplicada.
- Golden, C. J., & Freshwater, S. M. (1998). *Stroop Color Word Test.: A manual for clinical and experimental uses*. Wood Dale, IL: Stoelting Company.
- Goleman, D. (1995). *Inteligência Emocional: A Teoria Revolucionária que Redefine o que é Ser Inteligente* (M. Santarrita, Trad.). Rio de Janeiro: Ed. Objetiva.
- Goleman, D. (2003). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates.
- Gomes, J. (2011). *Inteligência emocional, qualidade de vida e seus correlatos em doentes oncológicos em quimioterapia*. Dissertação de Mestrado - Não publicada. Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Gonçalves, (2015). *Experiências traumáticas e psicopatológicas em reclusos: O papel mediador das experiências dissociativas e da compaixão*. Dissertação de Mestrado-Não publicada, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Gorayeb, R., Borsari, T., Rosa-e-Silva, S. & Ferriani, A. (2012). Brief Cognitive Behavioral Intervention in Groups in a Brazilian Assisted Reproduction Program. *Behavioral Medicine*, 38, 29-35. Doi: 10.1080/08964289.2012.654834.
- Graf, P., Uttl, B. & Tuokko, H. (1995). Color and picture- word Stroop test: performance changes in old age. *Journal of Clinical Experimental Neuropsychology*, 17(3), 390-415. Doi: 10.1080/01688639508405132.
- Grassi, L., Indelli, M., Marzola, M., Maestri, A., Santini, A., Piva, E. & Boccalon, M. (1996). Depressive symptoms and quality of life in home-care-assisted cancer patients. *Journal of*

Pain and Symptom Management, 12(5), 300-307. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8942125>.

Grassi, L., Travado, L., Moncayo, F., Sabato, S. & Rossi, E. (2004). Psychosocial morbidity and its correlatos in cancer patients of the mediterranean area: findings from the Southern European Psycho-Oncology Study. *Journal of Affective Disorders*, 83, 243- 248. Doi:10.1016/j.jad.2004.07.004.

Gratz, K. & Roemer, L. (2008). The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among female undergraduate students at an urban commuter university. *Cognitive Behavior Therapy*, 37(1), 14-25. Disponível em: 10.1080/16506070701819524.

Green, M. W. & McKenna, F. P. (1993). Developmental onset of eating related color-naning interference. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 391-397. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8490641>.

Grilo, A. M. & Santos, M. C. (2013). A mamografia: experiência psicológica, atitudes e comportamentos do técnico de radiologia facilitadores da colaboração da mulher. *Saúde & Tecnologia*, 9, 24-32. Disponível em: <file:///C:/Users/PackardBell/Downloads/604-1264-1-SM.pdf>.

Gregório, S. & Gouveia (2011). Facetas de mindfulness: características psicométricas de um instrumento de avaliação. *Psychologica, Avaliação Psicológica em Contexto Clínico*, 54, 259-280. Disponível em: file:///C:/Users/PackardBell/Desktop/tese%201000/10_Facetas%20de%20mindfulness_caracter%C3%ADsticas%20ps.pdf.

Gross, J. J. (1989). Emotional expression in cancer onset and progression. *Social Science & Medicine*, 28(2), 1239-1248. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2660280>.

Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation Conceptual Foundations. In J. Gross (ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp.324). New York: The Guilford Press.

Gross, J.J. (2008). Emotion Regulation. In Lewis, Jones & Barrett. (Eds.). *Handbook of Emotions* (p. 497-512). New York: The Guildford Press.

Grynberg, D., Chang, B., Corneille, O., Maurage, P., Vermeulen, N., Berthoz, S. & Luminet, O. (2012). Alexithymia and the processing of emotional facial expressions (EFES): systematic review, unanswered questions and further perspectives. *Plos-One*, 7(8), e42429. Doi: 10.1371/journal.pone.0042429.

Gunaratana, H. (2002). *Mindfulness in plain English*. Somerville, MA: Wisdom Publications.

Guray, M. & Sahin, A. (2006). Benign breast disease: Classification, Diagnosis, and Management. *The Oncologist Breast Cancer*, 11, 435-449. Disponível em: theoncologist.alphamedpress.org/content/11/5/435.full.pdf+html.

Hall, A., Hern, A. & Fallowfield, L. (1999). Are we using appropriate self-report questionnaires for detecting anxiety and depression in women with early breast cancer? *Eur. Journal Cancer*, 35, 79-85. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10211092>.

Hall, C. S. & Lindzey, G. (1984). *Teoria da Personalidade* (Vol. 2). São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda.

Hamed, H. & Coady, A. (1989). Follow-up of patients with aspirated breast cysts is necessary. *Arch Surg*, 124, 253-255. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2916946>.

Hameleers, P. A. H. M., Van Boxtel, M. P. J., Hogervorst, E., Riedel, W. J., Houx, P. J., Buntinx, F. & Jolles, J. (2000). Habitual caffeine consumption and its relation to memory, planning capacity and psychomotor performance across multiple age groups. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 15, 573-581. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12404609>.

Hanahan, D. & Weinberg, R. A. (2011). Hallmarks of cancer: the next generation. *Cell.*, 144, 646-674. Doi: 10.1016/j.cell.2011.02.013.

Hanauer, J. B. & Brooks, P. J. (2003). Deselopmental chance in the cross-modal Stroop effect. *Percept Psychophys*, 65(3), 359-366. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12785066>.

Haviland, G., Shaw, G., Cummings, A. & Macmurray, P. (1988). Alexithymia: subscales and relationship to depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 50, 164-170. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3267827>.

Haviland, M. G. & Reise, S. P. (1996). A California Q-set Alexithymia Prototype and its relationship to ego-control and ego-resiliency. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 597-608.

Hayes, C. S. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy* 35, 639-65. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789404800133>.

- Hayes, C. S., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J. & Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies?. *Behavior Therapy*, 35, 35-54. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789404800030>.
- Hayes, C. S., Pankey, J. & Gregg, J. (2002). Anxiety and acceptance and commitment Therapy. In E. Gosh, & R. DiTomasso (Orgs.). *Comparative treatments of anxiety disorders* (pp. 110-136). New York: Springer.
- Hayes, C. S., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press: New York.
- Hayes, C. S. & Wilson, K. G. (2003). Mindfulness: Method and process. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 161-165. Doi: 10.1093/clipsy.bpg018.
- Hegg, R. & Aguiar, F. (2002). Alterações funcionais benignas da mama. *Rev. Bras Med*, 59(2), 351-358. Disponível em: www.oncoguia.org.br/conteudo/alteracoes-benignas-das-mamas/1381/34/.
- Henry, D., Bailey, E., Von Hippel, C., Rendell, G. & Lane, A. (2010). Alexithymia in Schizophrenia. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 32(8), 890-897.
- Hewit, M., Herdman, R., & Holland, J. (2004). *Meeting Psychosocial needs of women with breast cancer*. Washington: The National Academies Press.
- Hickey, M., Ambekar, M. & Hammond, I. (2010). Should the ovaries be removed or retained at the time of hysterectomy for benign disease?. *Human Reproduction*, 16(2), 134-141. Doi: 10.1093/humupd/dmp037.
- Hilakivi-Clarke, L., Rowland, J., Clarke, R., & Lippman, M. (1993). Psychosocial factors in the development/progression of breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 29, 141-160. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00665676>.
- Holland, C. (1980). Psychologic adaptation to breast cancer. *Cancer*, 46, 1045-1052. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6249489>.
- Holland, J. C. & Gooden-Piels, J. (2000). *Principles of psycho-oncology*. In R. C. Bast, et al (Edts.), *Cancer Medicine*. B.C. Decker. Ontario. Disponível em: http://eacademy.esgo.org/esgo/2013/ebook.textbook/document?c_id=42213&type=pdf_book.

- Holland, C. J. & Mastrovito, R. (1980). Psychologic adaptation to breast cancer. *American Cancer Society*, 46(54), 1045-1052. Doi: 10.1002/1097-0142.
- Hopco, D., Bell, J., Armento, M., Robertson, S., Mullane, C., Wolfe, N. & Lejuez, C. (2008). Cognitive-behavior therapy for depressed cancer patients in a medical care setting. *Behavior Therapy*, 39(2), 126-136. Doi: 10.1016/j.beth.2007.05.007.
- Horton, P., Gewirtz, H., & Kreutter, J. (1992). Alexithymia: state and trait. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 58, 91-96. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12765051>.
- Houx, P. J., Jolles, J. & Vreeling, F. W. (1993). Stroop Interference: Aging effects associated with the Stroop Color-Word Test. *Experimental Aging Research*, 19, 209-224. Doi: 10.1080/03610739308253934.
- Howell, D. & Olsen, K. (2011). Distress: the 6th vital sign. *Curr Oncol*, 18(5), 208-210. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3185896/>.
- Huot, R. (2002). *Métodos quantitativos para as Ciências Humanas* (tradução de Maria Luísa Figueiredo). Lisboa: Instituto Piaget.
- Hurst, J. L., Mega, J. F. & Hogg, J. P. (1998). Tamoxifen-induced regression of breast cysts. *Clinical Imaging*, 22(2), 95-98. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9543585>.
- Instituto Nacional de Câncer (INCA) (2012). *O que é o câncer?* Acedido em Novembro de 2014. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322.
- Instituto Nacional de Câncer (INCA) (2016). *Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/tabelaestados.asp?UF=BR>. Pulmão. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/>
- Instituto Nacional do Câncer (INCA) (2005). *Estimativa 2006: Incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: International Agency for Research on Cancer. Acedido em Maio de 2015. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20267:estimativa-2006-incidencia-de-cancer-no-brasil&catid=46.
- Instituto Português de Oncologia do Porto (IPOP) (2008). *RORENO Registo Oncológico Regional do Norte 2007*. Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil - Centro Regional de

Oncologia do Porto. Disponível em:
http://www.roreno.com.pt/images/stories/pdfs/publ_nacional2007.pdf.

International Agency for Research on Cancer (IARC). (2014). *Tumors of the breast*. Disponível em: <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/pat-gen/bb4/BB4.pdf>.

Ivanovski, B., & Malhi, G. S. (2007). The psychological and neurophysiological concomitants of mindfulness forms of meditation. *Acta Neuropsychiatrica*, 19, 76-91. Disponível em: 10.1111/j.1601-5215.2007.00175.x.

Ivnik, R. J., Malec, J. F., Smith, G. E., Tangalos, E. G., & Peterson, R. C. (1996). Neuropsychological test's norms above age 55: COWAT, BNT, MAE, Token, WRAT-R Reading, AMNART, Stroop, TMT and JLO. *The Clinical Neuropsychologist*, 10, 262-278. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13854049608406689?journalCode=ntcn20>.

Jacob, E., K. & Shaw, D. (1998). Sociocognitive perspectives on representation. *Annual Review of Information Science and Technology*, 33, 131-185. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/234613690_Sociocognitive_Perspectives_on_Representation.

Jacoby, V. L., Vittinghoff, E., Nakagawa, S., Jackson, R., Richter, H. E. & Chan, J. (2009). Factors associated with undergoing bilateral salpingo-oophorectomy at the time of hysterectomy for benign conditions. *Obstetrics and Gynecology*, 113 (6), 1259-1267. Doi:10.1097/AOG.0b013e3181a66c42.

Jairo, J., Vélez, M. C. & Krikorian, A. (2008). Aspectos Neurobiológicos, Psicológicos Y Sociales Del Sufrimiento. *Psicooncologia*, 5(2/3), pp. 245- 255. Disponível em: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808220245A/15377>.

Jekel, J. F., Elmore, J. G. & Katz, D. L. (1999). Introdução à medicina preventiva. In F. Jekel, G. Elmore, & L. Katz (Eds), *Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva* (pp-203-209). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

Jemal, A., Bray, F., Center, M., Ferlay, J., Ward, E. & Forman, D. (2011). Global Cancer Statistic. *A Cancer Journal for Clinicians*, 61, 2, 69-90. Doi: 10.3322/caac.20107.

Jenkins, C., Carmody, T. J. & Rush, A. J. (1998). Depression in radiation oncology patients: a preliminary evaluation. *Journal Affect Disord.*, 50, 17-21. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9716274>.

- Jódar, I., Valdés, M., Sureda, B. & Ojuel, J. (2000). Alexitimia: hipótesis etiológicas e instrumentos de medida. *Revista de Psiquiatria de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 27(3), 136-146.
- Johansson, L., Carlbring, P. & Ghaderi, A. (2008). Emotional Stroop via Internet among individuals with eating disorders. *Scandinavian Journal Psychology*, 49(1), 69-76. Disponível em: 10.1111/j.1467-9450.2007.00606.x.
- Jones, B. M. & Bradbeer, J. W. (1980). The presentation and progress at macroscopic breast cysts. *British Journal of Surgery*, 67(9), 669-671. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7427071>.
- Jorge, L. & Silva, S. (2010). Avaliação de qualidade de vida de portadoras de câncer ginecológico submetidas a quimioterapia antineoplásica. *Rev. Latino-Americana. Enfermagem Artigo Original*, 18(5), 1-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_03.pdf.
- Jung, C. G. (1982). *Estudos sobre o simbolismo do si-mesmo*. Petrópolis: Vozes.
- Juth, P., Karlsson, A., Lundqvist, D., & Ohman, A. (2000). Finding a face in the crowd: Effects of emotional expression, direction and social anxiety. *International Journal of Psychology*, 35, 434-434. Disponível em: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301051107001196.
- Júnior, A. (2001). O desenvolvimento da psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde. *Revista Psicologia e Profissão*, 21(2). Doi.org/10.1590/S1414-98932001000200005
- Juver, P. S. J. & Verçosa, N. (2008). Depressão em pacientes com dor no câncer avançado. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 58(3), 287-298. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rba/v58n3/en_12.pdf.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*. New York: Delacorte.
- Kabat-Zinn, J. (2003). *Vivir con plenitud las crisis. Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Barcelona: Kairós.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses: Healings ourselves and the world through mindfulness*. New York: Hyperion.
- Kaliks, A. R. (2016). Avanços em oncologia para o não oncologista. *Einstein*, 14 (2), 294-299. 296. Disponível em: www.scielo.br/pdf/eins/v14n2/pt_1679-4508-eins-14-2-0294.pdf.

- Kano, M., Shin, F., Gyoba, J., Kamashi, M., Tagawa, M., Moshizuki, H., Itoh, M. Hongo, M., & Yanai, K. (2003). Specific brain processing of facial expressions in people with alexithymia: an $H_2^{15}O$ -PET study. *Brain. A Journal of Neurology*, 131, 1474-1484. Doi: <http://dx.doi.org/10.1093/brain/awg131> 1474-1484.
- Kaplan, H. & Sadock, B. (1998). Manual de Psiquiatria Clínica (2ª Ed., pp. 242-249). Porto Alegre: Porto Alegre.
- Karen, L., Valerie, K., James, S., Jason, X., M.S., Young-Bin, C., Joanne Moseley, B. Brock K., Anthony, F., Anna, L., Henrik R. & Michael M. (2009). Pelvic Radiotherapy for cancer of the cervix: is that you plan actually what you deliver? *Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys.*, 74(1), 304-312. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0360301609000194>.
- Karen, L., Kelly V., Stewart J., Xie, J., Cho Y. B., Moseley J., Brock K., Fyles, A., Lundin A., Rehbindler, H. & Milosevic, M. (2009). Pelvic Radiotherapy for cancer of the cervix: is that you plan actually what you deliver? *Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys.*, 74 (1), 304-312. Doi: 10.1016/j.ijrobp.2008.12.043.
- Kaspi, S. P., McNally, E. J. & Amir, N. (1995). Cognitive processing of emotional information in posttraumatic stress disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 433-444. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02230410>.
- Kauhanen, J., Kaplan, G.A., Julkunen, J., Wilson, T.W. & Salonen, J.T. (1993). Social factors in alexithymia. *Comprehensive Psychiatry*, 34(5), 330-335. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8306643>.
- Keime-Guibert, F., Napolitano, M. & Delattre, J. Y. (1998). Neurological complications of radiotherapy and chemotherapy. *Journal of Neurology*, 245(11), 695-708. Doi: 10.1212/01.CON.0000464179.81957.51.
- Keltikangas-Järvinen, L. (1985). Concept of alexithymia I.: The prevalence of alexithymia in psychosomatic patients. *Psychoterapy and Psychosomatics.*, 44, 132-138. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3832145>.
- Keng, S., Moria, J., Smoski, M. & Robins, C. J. (2011). Effects of Mindful Acceptance and Reappraisal Training on Maladaptive Beliefs About Rumination. *Mindfulness*, 6(6), 493-503. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25837905>.
- Kindt, M., Bogels, S. & Morren, M. (2003). Processing bias in children with separation anxiety disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder. *Behaviour Change*, 20, 143-150. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/behaviour->

[change/article/processing-bias-in-children-with-separation-anxiety-disorder-social-phobia-and-generalised-anxiety-disorder/F94CECDDFBBB02398F0F8EF6F5DF697F.](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(93)71926-X)

Kinmayer, L. & Robbins, J. M. (1993). Cognitive and social correlates of TAS. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 34, 41-52. Doi: 10.1016/S0033-3182(93)71926-X.

Kinrys, G., & Wygant, L. E. (2005). Transtorno de Ansiedade em mulheres: gênero influência o Tratamento? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(supl. 2), 543-550. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27s2/pt_a03v27s2.pdf.

Kisner, C. & Colby, A. (2005). *Exercícios Terapêuticos Fundamentos e Técnicas*. São Paulo: Manole.

Kleiger, H. & Dirks, F. (1980). Psychomaintenance aspects of alexithymia: relationship to medical outcome variables in a chronic respiratory illness population. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 34, 25-33. Doi: 10.1159/000287443.

Klein, G. S. (1964). Semantic power measured through the interference of words with color naming. *American Journal of Psychology*, 77, 576-588. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/1420768>.

Kojima, M., Frasura-Smith, N. & Lespérance, F. (2001). Alexithymia following myocardial infarction Psychometric properties and correlates of the Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 487-495. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11602218>.

Kornblith, A. B., Herndon, J. E., Zuckerman, E., Viscoli, C. M., Horwitz, R. I., Cooper, M. R., Harris, L., Tkaczuk, K., Perry, M. C., Budman, D., Norton, L., & Holland, J. C. (2001). Social support as a buffer to the psychological impact of stressful life events in women with breast cancer. *Cancer*, 91, 443-454. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11180093>.

Kornblith, B. & Ligibel, J. (2003). Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer. *Seminars in Oncology*, 30(6), 799-813. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14663780>.

Kristensen, C. H. (2005). *Estresse pós-traumático: Sintomatologia e funcionamento cognitivo*. Tese de Doutorado - Não publicada. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Krystal, H. (1979). Alexithymia and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 33, 17-31. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/464164>.

- Krystal, H., Giller, L. & Cichetti, V. (1986). Assessment of alexithymia in posttraumatic stress disorder and somatic illness: introduction to a reliable measure. *Psychosomatic Medicine*, 48, 84-94. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3945719>.
- Kulaif, T. (2005). *O teste de cores e palavras de Stroop modificado para analfabetos*. Dissertação de Mestrado - Não publicada. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Kurbet, S. (2010). Alterações funcionais benignas da mama. *RBM*, 71(9), 281-286.
- Kurbet, S. & Fonseca, A. (2004). Alterações funcionais benignas da mama: aspetos atuais da displasia mamária. *Revista Brasileira de Medicina*, 6 (1/2), 47-52. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=385774&indexSearch=ID>.
- Kurtz, M. E., Wyatt, G. & Kurtz, J. C. (1995). Psychological and sexual well-being, philosophical/spiritual views, and health habits of long-term cancer survivors. *Health Care for Women International*, 16(3), 253-262. Doi: 10.1080/07399339509516176.
- Kusnetzoff, J. C. (1988). *A mulher sexualmente feliz: do mito à verdade científica*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Laço. (2014). Laço. Disponível: <http://www.laco.pt/cancromama/estatisticas>.
- Lane, R. D. & Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144(2), 133-143. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1987-18836-001>.
- Laquatra, A. & Clopton, R. (1994). Characteristics of alexithymia and eating disorders in college women. *Addictive Behaviors*, 19(4), 373-380. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7992672>.
- Larsen, K. J., Brand, N., Bermond, B. & Hijman, R. (2003). Cognitive and emotional characteristics of alexithymia: A review of neurobiological studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 533-541. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12781307>.
- Larraburu, I. (2009). *Atención plena: Eliminar el malestar emocional provocado por la multitarea y la dispersión mental*. Madrid: Temas de hoy.

- Lazarus, R. (2000). How emotions influence performance in competitive sports. *The Sport Psychologist*, 14, 229-252. Disponível em: tonypickering.com/documents/Lazarus_2000.pdf.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lawson, A. & Lawson, J. (2000). *Cancro da mama pode prevenir-se?* Lisboa: Editora McGraw - Hill.
- Lechner, S. C., Antoni, M., Carver, C. S., Weaver, K. & Phillips, K. (2006). Curvilinear Associations between benefit finding and psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 828-840. Doi:10.1037/0022-006X.74.5.828.
- Lee, S., Kawachi, I., Berkman, L. F. & Grodstein, F. (2003). Education, other socioeconomic indicators, and cognitive function. *Am. J. Epidemiol*, 157(8), 712-720. Disponível em: <https://academic.oup.com/aje/article/157/8/712/101629/Education-Other-Socioeconomic-Indicators-and>.
- Leigh, S., Ly, J. & Gulasekaram, P. (1995). Quality of life in long-term cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 22(6), 915-922. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7567610>.
- Lemgruber, I. & Lemgruber, M. (2001). Histerectomias. In, H.: Carneiro de Oliveira, H. & I. Lemgruber, I. *Tratado de ginecologia*. (2º Vol., pp. 1383-1394). Rio de Janeiro: FEBRASG.
- Lenze, E. J., Rollman, B. L., Shear, M. K., Dew, M. A., Pollock, R. G., Ciliberti, C., Constantino, M., Snyder, S., Shi, P., Spitznagel, E., Andreescu, C., Butters, M. A., Reynolds, D. F. (2009). 3rd Escitalopram for older adults with generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Jama*, 301:295-303. Doi: 10.1001/jama.2008.977.
- León, C., Mirapeix, R., Blasco, T., Jovell, E., Arcusa, A., Martín, A. & Àngel, M. (2013). Mindfulness para la reducción del malestar emocional en pacientes oncológicos. Estudio comparativo con una intervención psicoeducativa estándar. *Psicooncología*, 10(2-3), 434-448. Disponível em: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/43448>.
- Lesser, I. M. (1981). A review of the alexithymia concept. *Psychosomatic Medicine*, 43, (6), 531-543.

- Lesser, M., Ford, V. & Friedmann, H. (1979). Alexithymia in somatizing patients. *General Hospital Psychiatry*, 1, 256-261. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0163834379900276>.
- Levant, R. F., Halter, M. J., Hayden, E. & Williams, C. (2009). The efficacy of alexithymia reduction treatment: a pilot study. *Journal of men's studies*, 17, 75-84. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.3149/jms.1701.75?journalCode=mena>.
- Levenson, R. W., Ekman, P., Heider, K. & Friesen, W. V. (1992). Emotion and autonomic nervous system activity in the Minangkabau of West Sumatra. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 972-288. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1619551>.
- Lever, W. F. & Schaumburg-Lever, G. (1990). *Histopathology of the skin* (7th Ed.). Philadelphia: JB Lippincott.
- Leweke, F., Bausch, S., Leichsenring, F., Walter, B. & Stingl, M. (2009). Alexithymia as a predictor of outcome of psychodynamically oriented inpatient treatment. *Psychotherapy Research*, 19(3), 323-331. Doi: 10.1080/10503300902870554.
- Liberato, R. P. & Carvalho, V. A. (2008). *Psicoterapia*. In: Carvalho, V. A. et al. (Org.). Temas em psico-oncologia (357-361). São Paulo: Summus.
- Lima, F. R. (2005). Compreendendo os mecanismos atencionais. *Ciências e Cognições*, 6, 113-122. Disponível em: <file:///C:/Users/PackardBell/Downloads/537-3437-1-PB.pdf>.
- Linard, A., Silva, F. & Silva, R. (2002). Mulheres submetidas a tratamento para câncer de colo uterino - percepção de como enfrentam a realidade. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(4), 493-498. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v04/pdf/artigo1.pdf.
- Linehan, M. M. (1993). Skills training manual for treating borderline personality disorder. *Diagnosis and treatment of mental disorders. APA Psycnet*, 12, 180.
- Liu, C. Y., Wang, S. J., Fuh, J. L., Yang, Y. Y. & Liu, H. C. (1997). The correlation of depression with functional activity in Parkinson's disease. *Journal of Neurology*, 244, 493-8. Doi: <https://link.springer.com/article/10.1007/s004150050131>.
- Lo, B. C. Y. & Allen, N. B. (2011). Affective Bias in Internal Attention Shifting Among depressed youths. *Psychiatry Research*, 187, 125-129. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178110006268>.

- Loas, G., Dhee-Perot, P. & Chaperot, C. (1998). Anhedonia, alexithymia and locus of control in unipolar major depressive disorders. *Psychopathology*, 31(4), 206-212. Disponível : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9697164>.
- Loas, G., Fremaux, D., Otmani, O., Lecercle, C. & Delahousse J. (1997). Is alexithymia a negative factor maintaining abstinence? A follow-up study. *Comprehensive Psychiatry*, 38(5), 296-299. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9298323>.
- Logan, G. D. (1988). Toward an instance theory of automatization. *Psychological Review*, 95, 492-527. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.418.1417&rep=rep1&type=pdf>.
- Lolas, F., De la Parra, G., Aronsohn, S. & Collin, C. (1980). On the measurement of alexitymic behavior. *Psychoterapy and Psychosomatics*, 33, 139-146. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000287424>.
- Lolas, F. & Von Rad, M. (1989). Alexithymia. In S. Cheren (Ed), *Psychosomatic Medicine: Theory, Physiology, and Practice* (vol. 1, pp. 189-241). Madison: International Universities Press.
- Lopes, H. B., Ribeiro, J. L. & Leal, I. P. (1999). Estudos sobre qualidade de vida em mulheres submetidas a histerectomia ou anexectomia para tratamento de cancro do útero ou ovário. *Análise Psicológica*, 3(XVII), 483-497. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v17n3/v17n3a06.pdf>.
- Lopes, M., Castelo Branco, V. & Soares, J. (2013). Utilização dos testes estatísticos de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk para verificação da normalidade para materiais de pavimentação. *Transportes*, 21(1), 59-66. Disponível em: [file:///C:/Users/PackardBell/Downloads/566-2825-2-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/PackardBell/Downloads/566-2825-2-PB%20(2).pdf).
- Lotti, R., Barra, A., Dias, R. & Makluf, A. (2008). Impacto do tratamento de câncer de mama na qualidade de vida. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 54(4), 367-371. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=656528&indexSearch=ID>.
- Louth, S. M., Hare, R. D. & Linden, W. (1998). Psychopathy and alexithymia in female offenders. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 30(2), 91-98. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1998-10438-004>.
- Lucena, C. E. M. (2003). Cistos mamários. *Feminina*, 2(31), 143-146.

- Lueboonthavatchi, P. (2007). Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer. *Journal Medical Association of Thai*, 90(10), 2164-2174. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18041438>.
- Luminet, O., Rimé, B., Bagby, M. & Taylor, G. (2004). A multimodal investigation of emotional responding in alexithymia. *Cognition and Emotion*, 18(6), 741-766. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02699930341000275>.
- Lumley, M. A., Mader, C., Gramzow, A., & Papineau, K. (1996). Family factors related to alexithymia characteristics. *Psychosomatic Medicine*, 58, 211-216. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8771619>.
- Lumley, M. A., Ovies, T., Stettner, L., Wehmer, F. & Lakey, B. (1996). Alexithymia, social support and health problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 519-530. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9032715>.
- Lumley, M. A., Stettner, L., & Wehmer, F. (1996). How are alexithymia and physical illness linked? A Review and Critique of Pathways. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 505-518. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9032714>.
- Lúria, A. R. (1966). Human brain and psychological process. Londres: Harper & Row.
- Lúria, A. R. (1973). *El hombre y su mundo destrozado*. Madrid: Garnic.
- Lúria, A. R. (1976). *Cognitive development: its cultural and social foundations*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Lúria, A. R. (1979). Atenção e Memória Curso de psicologia geral, Rio de Janeiro, v.III, 101p.
- Lúria, A. R. (1980). *Higher cortical functions in man* (2ª Ed.). Nova Iorque: Basic Books.
- Lúria, A. R. (1981). *Fundamentos de Neuropsicologia*. Rio de Janeiro, RJ: Livros técnicos e Científicos.
- Maes, S., Leventhal, H., & Ridder, D. (1996). Coping with chronic diseases. In M. Zeidner & N. Endler (Eds.). *Handbook of coping: theory, research applications* (pp. 221-253). Nova Iorque: John Wiley & Sons.
- Macleod, C. M. (1991). Half a century of research on the Stroop effect: An Integrative review. *Psychological Bulletin*, 109(2), 163-203.
- Macleod, C. M. (1992). The Stroop task: the “gold standard” of attentional measures. *Journal of Experimental Psychology: General*, 121(1), 12-14. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/2523191_The_Stroop_Task_The_Gold_Standard_of_Attentional_Measures.

McKenna, F. & Sharma, D. (2004). Reversing the Emotional Stroop Effect Reveals That It Is Not What It Seems: The Role of Fast and Slow Components. *Journal of Experimental Psychology, Learning Memory and Cognition*, 30(2), 382-392 Disponível em: <http://centaur.reading.ac.uk/13942/>.

Makluf, A. S. D., Dias, R. C. & Barra, A. A. (2006). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52(1), 49-58. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_52/v01/pdf/revisao2.pdf.

Malek, A., Hekmati, I., Amiri, S., Pirzadeh, J. & Gholizadeh, H. (2013). The standardization of victoria Stroop Color-Word Test among Iranian bilingual adolescents, *Archives of Iranian Medicine*, 16(7), 380-384. Disponível em: search.proquest.com/openview/1221f1970fa88979c0ee2170e5106eed/1?pq-origsite=gscholar&cbl=105783.

Mañas, I, Justo, C., Montoya, M., & Montoya, M. (2014). Educación consciente: mindfulness (atención plena) en el âmbito educativo, educadores conscientes formando a seres humanos conscientes. In R. L. Diaz & P. C. Zúñiga. *Alianza de Civilizaciones, Políticas Migratorias y Educación* (pp. 193-229). Sevilla: Aconcagua Libros.

Mañas, I., Justo, C. & Faisey, M. (2009). Mindfulness y psicología: Fundamentos y términos de la psicología budista. Artigo não publicado. Universidad de Almería, España.

Mann, L., Wise, T. & Shay, L. (1992). Factor analysis of the Toronto Alexithymia Scale: elucidation of a polithetic construct. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 58, 40-45.

Manning, L. (2005). *La neuropsychologie clinique*. Paris: Armand Colin.

Mantese, C. (2008). Câncer ginecológico: ovário, útero e vagina. In V. Carvalho, M. (Ed.). *Temas em Psico-oncologia* (pp. 59-66). São Paulo.

Maragno, L., Goldbaum, M., Gianini, R. J., Novaes, H. M. D. & César, C. L. C. (2006). Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(8): 1639-1648. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/12.pdf>.

Maroco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90. Disponível em: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/lp/article/viewFile/763/706>.

- Marques, A. & Neto, I. (2003). *Dor e cuidados paliativos*. Lisboa: Permanyer Portugal.
- Martínez, S. (2012). *Construção do Teste Stroop Emocional para o screening de sintomas depressivos*. Dissertação de Mestrado - Não publicada. Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Martins, A., Ramalho, N. & Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 49(6), 554-564. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S019188691000276X>.
- Martins, M. (1992). *Câncer: Uma luta com fé*. Nova Prova.
- Marty, P. (1972). Intervention : points de vie psychanalytiques sur inhibition intellectuel. *Revue Française de Psychanalyse*, 31, 805-816.
- Mathews, A. & MacLeod, C. (1994). Cognitive approaches to emotion and emotional disorders. *Annual Review of Psychology*, 45, 25-50. Doi: 10.1146/annurev.ps.45.020194.000325.
- Matos, P. & Pereira, G. (2005). Áreas de intervenção na doença oncológica. In M. Pereira, & C. Lopes (Eds). *O doente oncológico e a sua família* (2ª Ed., pp. 15-25). Lisboa: Climepsi Editores.
- Mayer, J. D. & Salovey, P. (1997). *What is emotional intelligence?* In P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- McKenna, M., Zevon, M., Corn, B., & Round, J. (1999). Psychosocial factors and the development of breast cancer: A meta-analysis. *Health Psychology*, 18(5), 520-531. Doi:10.1037/0278-6133.18.5.520.
- Mello Filho, J. (1992). *Psicossomática Hoje*. Artes Médicas. Porto Alegre.
- Mello, M. F. (2000). O suicídio e suas relações com a psicopatologia: Análise qualitativa de seis casos de suicídio racional. *Cadernos de saúde pública*, 16(1), 163-170. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n1/1575.pdf>.
- Mendes, J., Silva, L. J. D. e Santos, M. J. (2012). Cuidados Paliativos Neonatais e Pediátricos para Portugal- Um desafio para o século XXI. *Watson*, 218-222. Disponível em: [file:///C:/Users/PackardBell/Downloads/706-5960-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/PackardBell/Downloads/706-5960-1-PB%20(1).pdf).
- Menke, C. & Carneiro, J. A. (2000). *Rotinas de Mastologia*, Artes Médicas Sul: Porto Alegre.

- Meyerowitz, B. E. (1980). Psychosocial correlates of breast cancer and its treatment. *Psychological Bulletin*, 87, 108-131.
- Mériaux, K., Wartenburger, I., Kazzner, P., Prehn, K., Lammers, C., Meer, E., Villringer, A., & Heekeren, H. (2006). A neural network reflecting individual differences in cognitive processing of emotions during perceptual decision making. *Neuroimage*, 33, 1016-1027. Doi:10.1016/j.neuroimage.2006.07.031.
- McCallum, M., Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S. & Joyce, A. S. (2003). Relationships among psychological mindedness, alexithymia and outcome in four forms of short-term psychotherapy: Psychology and Psychotherapy. *Theory, Research and Practice*, 76(2), 133-144. Doi: 10.1348/147608303765951177.
- McCown, D., Reibel, D. & Micozzi, M. (2010). *Teaching Mindfulness: A practical guide for clinicians and educators*. New York: Springer.
- McDougall, J. (1982). Alexithymia: A Psychoanalytic viewpoint. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 38, 81-90. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7146278>.
- McDougall, J. (1996). *Teatros do Corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- McIntyre, M. (1995). Abordagens psicológicas do sofrimento no doente. In M. McIntyre & C. Vila-Chã (Orgs), *O sofrimento no doente: leitura multidisciplinares* (pp-125-131). Braga: APPORT.
- McIntyre, M. (2004). Perda e sofrimento na doença: Contributo da psicologia da saúde. *Psychologica*, 35, 167-179.
- Mendelson, Z. (1982). Alexithymia and chronic pain: Prevalence, correlates and treatment results. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 37, 154-164. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/7178397/>.
- Mendes, M. (2015). *Abordagem multifatorial na prevenção de recidiva do cancro da mama - Estado da arte*. Dissertação de Mestrado-Não publicada. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Lisboa. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/10928>.

- Mendonça, M., Camargo, C., Ferreira, C. & Silva, E. R. (2004). Tabagismo e sua inter-relação com doenças ginecológicas. *J. Bras. Med.*, 8 (6), 60-63. Disponível em: bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=412445&indexSearch=ID.
- Moyer, A. & Salovey, P. (1996). Psychological Squeal of Breast Cancer and its Treatment. *Annals of Behavioral Medicine*, 18 (2), 110-125.
- Mériaux K., Wartenburger I., Kazzner P., Prehn K., Lammers C.H., van der Meer E., Vilringer, A. & Heekeren, (2006). A neural network reflecting individual differences in cognitive processing of emotions during perceptual decision making. *NeuroImage*, 33, 1016-1027. Doi: 10.1016/j.neuroimage.2006.07.031.
- Messina, A., Beadle, J. N. & Paradiso, S. (2014). Towards a classification of alexithymia; Primary, secondary and organic. *Journal of Psychopathology*, 20, 38-49. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/269037283_Towards_a_classification_of_alexithymia_Primary_secondary_and_organic.
- Mitchell, J., Lord, K. & Symonds, P. (2012). Which symptoms are indicate of DSM-IV depression in cancer settings? An analysis of the diagnostic significance of somatic and non-somatic symptoms. *Journal Affect Disorders*, 138 (1-2), 137-148. Doi: 10.1016/j.jad.2011.11.009.
- Miguel, F. K., Bueno, J. M., Noronha, A. P., Couto, G., Primi, R., & Muniz, M. (2010). Alexitimia e inteligência emocional: Estudo correlacional. *Psicologia: Teoria e Prática*, 12(3), 52-62. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v12n3/v12n3a05.pdf>.
- Miller, A., Lindsay, J. & Hill, B. (1976). Mortality from cancer of the uterus in Canada and its relationship to screening for cancer of the cervix. *International Journal of Cancer*, 17 (5), 602-612. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1270176>.
- Mitchell A. J., Chan M., Bhatti H., Halton M., Grassi L., Johansen C., et al. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol.* 12, 160-174. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1473-2045\(11\)70002-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1473-2045(11)70002-X/abstract).
- Mitchell, A., Lord, K., & Slattery, J., Grainger, L. & Symonds, P. (2012). How feasible is implementation of distress screening by cancer clinicians in routine clinical care? *Cancer*, 1(10), 6260-6269. Doi: 10.1002/cncr.27648.

- Mittal, K., Schwartz, L., Goswami, S., & Demopoulos, R. (1996). Estrogen and progesterone receptor expression in endometrial polyps. *International Journal of Gynecological Pathology*, 15(4), 345-348. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8886882>.
- Moering, R. G., Schinka, J. A., Mortimer, J. A. & Graves, A. B. (2004). Normative data for elderly African Americans for the Stroop Color and Word Test. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19(1), 61-71. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/S0887617702002196/1-s2.0-S0887617702002196-main.pdf?_tid=c1165604-2dfd-11e7-b3bc-00000aacb361&acdnat=1493595534_ebfb442d91378053a0f918bf7ffc732.
- Mogg, K., Bradley, B., Millar, N. & White, J. (1995). A follow-up study of cognitive bias in generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33(8), 927-935. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7487852>.
- Mogg, K., Bradley, B. P., Williams, R. & Mathews, A. M. (1993). Subliminal processing of emotional information in anxiety and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 304-311. Disponível em: <http://webs.wofford.edu/steinmetzkr/Teaching/Psy310Lab/Mogg.pdf>.
- Mohan, A. & Ponnusankar, S. (2013). Newer therapies for the treatment of metastatic breast cancer: A clinical update. *Indian Journal of Pharmaceutical Sciences*, 75(3), 251-261. Disponível em: <http://www.ijpsonline.com/articles/newer-therapies-for-the-treatment-of-metastatic-breast-cancer-a-clinical-update.html>.
- Moller, J. T., Cluitmans, P., Rasmussen, LS, Houx, P., Rasmussen, H., Canet, J., Rabbitt, P., Jolles, Klaus Larsen, J., Hanning, C. D., Langeron, O., Johnson, T., Lauven, P. M., Kristensen, P. A., Biedler, A., Van Beem, H., Fraidakis, O., Silverstein, J. H., Beneken, J. E. W. & Gravenstein, J. S. (1998). Long-term postoperative cognitive dysfunction in the elderly: ISPOCD1 study. *The Lancet*, 351, 857-861. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9525362>.
- Monsanto, F., Lança, C., Sá, C., Coelho, M., & Carolino, E. (2013). Influência do tratamento de radioterapia na qualidade de vida dos doentes com cancro de mama. *Saúde e Tecnologia*, 9, 40-44. Disponível em: http://www.estesl.ipl.pt/sites/default/files/ficheiros/pdf/art_6_influencia.pdf.
- Montgomery, G. H. & Bovbjerg, D. (2004). Presurgery distress and specific response expectancies predict postsurgery outcomes in surgery patients confronting breast cancer. *Health Psychology*, 23(4), 381-387. Doi:10.1037/0278-6133.23.4.381.

- Montagnero, A. V., Lopes, E. J. & Galera, C. (2008). Relação entre traços de ansiedade e atenção através de Tarefas Stroop. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 10(2), 157-169. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v10n2/v10n2a04.pdf>.
- Montagnero, A. V. (2004). *Um estudo cognitivo sobre a relação entre traços de ansiedade e atenção seletiva através de tarefas de Stroop*. Dissertação de mestrado-não publicada. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Moreira, H. & Canavarro, M. C. (2010). A longitudinal study about the body image and psychosocial adjustment of breast cancer patients during the course of the disease. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(4), 263 - 270. Doi:10.1016/j.ejon.2010.04.001.
- Moreira, H., Silva, S. & Canavarro, C. (2008). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial na mulher com cancro da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 165-184. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v9n1/v9n1a14.pdf>.
- Moreira, H. & Canavarro, M. C. (2012). The association between self-consciousness about appearance and psychological adjustment among newly diagnosed breast cancer patients and survivors: The moderating role of appearance investment. *Body Image*, 9(2), 209-215. Doi:10.1016/j.bodyim.2011.11.003.
- Moriguchi, Y., Ohnishi, T., Lane, R. D., Maeda, M., Mori, T., Nemoto, K., Matsuda, H. & Komaki, G. (2006). Impaired SELF-awareness and theory of mind: a Fmri study of mentalizing in alexithymia. *Neuroimage*, 32(3), 1472-1482. Doi: 10.1016/j.neuroimage.2006.04.186.
- Morris, M., Eifel, P.J. & Lu, J. (1999). Pelvic radiation with concurrent chemotherapy compared with pelvic and para-aortic radiation for high-risk cervical cancer. *N Engl J Med*, 340 (15), 1137-1143. Doi: 10.1056/NEJM199904153401501.
- Morris, T., Greer, S., Pettingale, K. W. & Watson, M. (1981). Patterns of expression of anger and their psychological correlates in women with breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 25, 111-117. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0022399981900982>.
- Moura, H. H.G., Begatin, E., Manela-Azulay, M., Costa, D. L. M. & Sodr , C. T. (2011). Síndrome do ovário policístico: abordagem dermatol gica. Síndrome do ovário policístico: abordagem dermatol gica. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 86(1), 111-119. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n1/v86n1a15.pdf>.

- Muñoz, N., Bosch, F. X., Sanjosé, S., Herrero, R., Castellsagué, X., Shah, K. V., Snijders, P. J. & Meijer, C. J. (2003). Epidemiologic Classification of Human Papillomavirus Types Associated with Cervical Cancer. *The New England Journal of Medicine*, 348: 518-527. Doi: 10.1056/NEJMoa021641.
- Murphy, G. L. (2004). *Conceptual combination*. In *The big book of concepts* (pp. 443-477). Cambridge: Mass, The MIT Press.
- Mussi, T. C., Costa, Y. B. C., Obara, M. T., Queiroz, M. R. G., Garcia, R. G., Longo, J. A. D. C., Lemos, G. C. & Baroni, R. H. (2016), *Einstein*. 14(3), 374-377.
- De M'Uzan, M. (1974). Analytical process and the notion of the past. *Rev. Anal.*, 1, 461-480.
- Nag, S., Kuske, R. R., Vicini, F. A., Arthur, D. W., & Zwicker, R. D. (2001). Brachytherapy in the treatment of breast cancer. *Oncology*, 15 (2), 195-202. Disponível em: <http://europepmc.org/abstract/med/11252933>.
- Nascimento, L., Nery, I. & Silva, A. (2012). Conhecimento cotidiano de mulheres sobre a prevenção do câncer do colo do útero. *Revista Enfermagem.*, 29(4), 476-480. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4813>.
- Nasário, A., Rego, M. & Oliveira, V. (2007). Nódulos benignos da mama: uma revisão dos diagnósticos diferenciais e conduta. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 29(4), 211-219. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n4/a08v29n4.pdf>.
- National Consensus Project (2008). What is palliative care? Acedido em Março de 2014. Disponível em: <https://getpalliativecare.org/whatis/>.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN) (2013). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Distress management*. Clinical practice guidelines. *Journal Natl Compr. Canc. Netw.* 1(3), 344-374.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN) (2011). *Linhas de orientação para doentes*. Acedido em Fevereiro de 2015. Disponível em: <http://www.nccn.org/patients/guidelines/pdf/breast-portuguese.pdf>.
- Navarrete, M. A., Maier, C. M., Falzoni, R., Quadros, L.G., Lima, G. R. & Baracat, E. C. (2005). Assessment of the proliferative, apoptotic and cellular renovation indices of the human mammary epithelium during the follicular and luteal phases of the menstrual cycle. *Breast Cancer Research*, 7(3), 306-313. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1143573/>.

- Neme, C. M. B. (2010). Psico-oncologia: caminhos, resultados e desafios da prática. In. C. M. B. Neme (Org.), *Psico-oncologia: caminhos e perspectivas* (pp 19-57). São Paulo: Summus.
- Nemiah, J. C. & Sifneos, P. E. (1970). Affect and fanta-sy in patients with psychosomatic disorder. In, O. W. Hill (Ed.). *Modern Trends in Psychosomatic Medicine* (Vol. 2, pp. 26-34).
- Nemiah, J. C., Freyberger, H. & Sifneos, P. E. (1976). Affectand fantasy in patients with psychosomatic disorders. In O. Hill, *Modern trends in psychosomatic medicine* (3ª Ed., pp. 430-439). London: Butterworth.
- Neto, J. (2008). A vacina contra o papilomavírus humano. *Revista Brasileira Epideomiologia*, 11(3), 505-525. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n3/20.pdf>.
- Nielsen, N. R. & Gronbaek, M. (2006). Stress and breast cancer: A systematic update on the current knowledge. *Nature Clinical Practice Oncology*, 3(11), 612-620. Doi:10.1038/ncponc0652.
- Nimchinsky, A. E., Vogt, A., Morrison, H. & Hof, P. R. (1995). Spindle neurons of the human anterior cingul. Ate córtex. *The Journal of comparative neurology*, 355(1), 27-37. Doi:10.1002/cne.903550106.
- Nogueira, A. (2005). Pólipos endometriais. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 27(5), 289-292. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n5/25646.pdf>.
- Nucci, G. (2003). *Qualidade de vida e câncer: Um estudo compreensivo*. (Tese de Doutoramento - Não publicada). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.
- Nunes, A. (2008). *Ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama submetida a mastectomia e a quimioterapia neoadjuvante e adjuvante*. Dissertação de mestrado - Não publicada. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
- Nunes, B. (2012). *Memória*. Lisboa: Lidel.
- Nunes, L. & Menezes, O. (2014). *O bem-estar, a qualidade de vida e a saúde dos idosos*. Lisboa: Caminho.
- Ogden, J. (2004). *Compreender o cancro da mama*. Lisboa: Climepsi.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores (Tradução do original em Inglês *Health psychology: a textbook*. Buckingham: Open University Press).

- Ogrodniczuk, S., Piper, E. & Joyce, S. (2011). Effect of alexithymia on the process and outcome of psychotherapy: a programmatic review. *Psychiatry Research.*, 190, 43-48. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20471096>.
- Oliveira, C. L., Sousa, F. P. A., Garcia, C. L., Mendonça, M. R. K., Menezes, I. R. A. & Júnior, F. E. B. (2010). Câncer e imagem corporal: perda da identidade feminina. *Revista Rene*, 11, 53-60. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/edicao especial/a06v11esp_n4.pdf.
- Oliveira, A., Pozer, M., Silva, T., Parreira, B. & Silva, S. (2012). Ações extensionistas voltadas para a prevenção e o tratamento do câncer ginecológico e de mama: relato de experiência. *Revista da Escola de Enfermagem*, 46(1), 240-245. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/en_v46n1a32.pdf.
- Oliveira, C. C. (2007). A medicina é uma Ciência? Uma interrogação filosófica. *Pessoas e Sintomas*, 3, 26-32. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/12781/1/A%20Medicina%20C3%A9%20uma%20ci%C3%Aancia.pdf>.
- Oliveira, M. (2001). *Alexitimia na algia pélvica crônica*. Tese de Doutorado - Não publicada. Universidade de Campinas, Campinas.
- Oliveira, M. K. (2001). *Vygotsky: aprendizado e desenvolvimento: um processo sócio-histórico*. São Paulo: Scipione.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2012). World Health Statistics 2012. Acedido em Setembro de 2015. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/WHS2012_IndicatorCompendium.pdf?ua=1.
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (2014). *World Cancer Report*. Acedido em Setembro de 2015. Disponível em: <http://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-2014>.
- Ortony, A., Clore, G. L. & Collins, A. (1988). *The cognitive structure of emotions*. New York: Cambridge University Press.
- Orvieto, R., Bar-Hava, I., Dicker, D., Bar, J., Ben-Rafael, Z., & Neri, A. (1999). Endometrial polyps during menopause: characterization and significance. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 78(10), 883-886. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10577618>.

- Ota, H., Igarashi, S., Hatazawa, J., & Tanaka, T. (1997). Distribution of heat shock proteins in eutopic and ectopic endometrium in endometriosis and adenomyosis. *Fertility and Sterility*, 68(1), 23-28. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9207579>.
- Otero J. (1999). Alexitimia: una revisión. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria*. 72, 587-96. Disponível em: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15668/15527>.
- Otto, E. (2002). *Oncologia*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores.
- Ozirik, Y. Y., Meloni, A. M., Powell, M., Surti, U. & Sandberg, A. A. (1993). Chromosome 7 biclonality in uterine leiomyoma. *Cancer Genet Cytogenet*, 67, 59-64. Disponível em: www.sciencedirect.com/science/article/pii/016546089390045N.
- Pais-Ribeiro, J., Pinto, C. & Santos, C. (2008). Estudo de validação da versão portuguesa do QLQ-C30-V.3. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 89-102. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v9n1/v9n1a08.pdf>.
- Paiva, D. (2013). Cognição e envelhecimento: Estudo de adaptação transcultural e validação do six item cognitive impairment teste (6CIT). Dissertação de Mestrado - Não publicada. Escola Superior e Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Panzetti, N., Santana, M., & Costa, M. (2015). Pesquisas de enfermagem em câncer de colo de útero no período de 2008 a 2013. *Revista de Saúde e Ciências Biológicas*, 3 (100), 46-51. Doi: 10.12622/2317-3076jhbs.v3i1.115p.46.2015.
- Parker, A., Bagby, M., Taylor, J., Endler, S. & Schmitz, P. (1993). Factorial validity of the 20-item Toront Alexithymia scale. *European Journal of Personality*, 7, 221-232. Doi: 10.1002/per.2410070403.
- Parker, A., Taylor, J. & Bagby, M. (1989). The alexithymia construct: relationship with sociodemographic variables and intelligence. *Comprehensive Psychiatry*, 30(5), 434-441. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2791536>.
- Parker, W. H., Broder, M. S., Chang, E., Feskanich, D., Farquhar, C., Liu, Z., Shoupe, D., Berek, J. S., Hankinson, S. & Manson J. E. (2009). Ovarian conservation at the time of hysterectomy and long-term health outcomes in the nurses' health study. *Obstetrics & Gynecology*, 113, 1027-1037. Doi: 10.1097/AOG.0b013e3181a11c64.

- Shoupe, D., Parker, W. H., Broder, M. S., Liu, Z., Farquhar, C. & Berek, J. S. (2007). Elective oophorectomy in the gynecological patient: when is it desirable? *Curr Opin Obstet Gynecol*, 19 (4), 350-354. Doi: 10.1097/GCO.0b013e32821642d1.
- Parkin, D., Freddie, Bray, M. D, Ferlay, J., P. & Pisani, P. (2002). Global Cancer Statistics, 2002. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 55(2), online: 24. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/canjclin.55.2.74/pdf>.
- Patrão, I. & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer de cancro da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 53-73. Disponível em: <file:///C:/Users/PackardBell/Downloads/65.pdf>.
- Patrão, I., Leal, I. & Maroco, J. (2012). Modelos de Equações estruturais: estudo do impacto do ciclo psico-oncológico do cancro da mama (diagnóstico, cirurgia e tratamentos). *Psychology, Community & Health*, 1(1), 33-35. Disponível em: <repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1759/1/PCH%202012%201%20%281%29%2033-55.pdf>.
- Pedinielli, J. L. (1992). *Psychosomatique et alexithymie*. Paris: Presse Universitaire de France.
- Pedinielli, J. & Rouan, G. (1998). Concept d'alexithymie et son en psychosomatic. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 20, 370-400.
- Pennery, E., Speechley, V. & Rosenfield, M. (2010). *Cancro da Mama: resposta sempre à mão*. Lisboa: Lidel.
- Pereira, S. M. M., Utagawa, M. L., Pittoli, J. E., Aguiar, L. S., Maeda, M. Y. S., Longatto, F., Adhemar, L., Celso, D., Roteli, Martins, C., Galvane, J., O., Wolf, C. M., Figueiredo, S. f. & Syrjanen, K. (2003). Avaliação da celularidade citológica em preparados de base líquida. *Rev. Inst. Adolfo Lutz*, São Paulo, 62 (1), 35-39. Disponível em: <pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/en/lil-352830>.
- Pereira, A. M., Pereira, A. & Rodrigues, V. (2009). Crenças de saúde e optimismo psicossocial no rastreio do cancro da mama. In: S. N. Jesus, I. Leal, & M. Resende (Orgs.), *Experiências e Intervenções em Psicologia da Saúde: Resumos e Textos* (pp. 100-108). Faro: Universidade do Algarve.
- Pereira, M. G. & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi.
- Pereira, M. G. (2012). *Artigos Científicos: como redigir, publicar e avaliar* (pp. 47-48). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Perez, C. A., Grigsby, P. W., Camel, H. M., Galakatos, A. E., Mutch, D., & Lockett, M. A. (1995). Irradiation alone or combined with surgery in stage IB, IIA, and IIB carcinoma of uterine cervix: update of a nonrandomized comparison. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 31, 703-716. Doi: 10.1016/0360-3016(94)00523-0.
- Pérez, M. G., Rivera, R. M. B., Fuster, A. B., & Rodríguez, M. A. R. (1999). Attentional biases and vulnerability to depression. *The Spanish Journal of Psychology*, 2(1), 11-19. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11757256>.
- Pérez-Dueñas, C., Pacheco-Unguetti, A. P., Lupiáñez, J., & Acosta, A. (2006). ¿Puede la inteligencia emocional prevenir los trastornos de ansiedad? ¿Puede la inteligencia emocional prevenir los trastornos de ansiedad? *Infocop Online (Sección investigación)*, 3, 79-92. Disponível em: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1358.
- Pham, K. L., Wager, T., Taylor, S. F. & Liberzon, L. (2002). Functional neuroanatomy of emotion: a meta-analysis of emotion activation studies in PET and fMRI. *Neuroimage*, 16(2), 331-348. Doi: 10.1006/nimg.2002.1087.
- Piaget, J. (1980). *A psicologia da criança*. São Paulo/Rio de Janeiro: DIFEL.
- Piato, S. (2002). *Tratado de ginecologia: neoplasias genitais malignas e gravidez* (2ª Ed.). São Paulo: Artes Médicas.
- Pichot, P. (1986). DSM-III: the 3d edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders from the American Psychiatric Association. *Rev. Neurol. (Paris)*, 142(5):489-99. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3787052>.
- Pierloot, R.A., & y Vinck, J. (1977). A pragmatic approach to the concept of alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics.*, 1977, 28: 156-166. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/Abstract/287058>.
- Pimentel, F. (2006). *Qualidade de vida e oncologia*. Coimbra: Edições Almedina.
- Pinard, L., Negrete, J., Annable, L., & Audet, N. (1996). Alexithymia in Substance Abusers. *The American Journal on Addictions*, 5(1), 32-39.
- Pinheiro, P. S., Tyczynski, J. E., Bray, F., Amado, J., Matos, E., & Parkin, D. M. (2003). Cancer incidence and mortality in Portugal. *European Journal of Cancer*, 39(17), 2507-2520. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0959-8049\(03\)00570-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0959-8049(03)00570-7).
- Pinto, C. (2007). *Jovens e adultos sobreviventes de cancro: Variáveis psicossociais associadas à otimização da saúde e qualidade de vida após o cancro*. Tese de Doutoramento - Não

publicada. Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Portugal.

Pinto, A. & Pais-Ribeiro, L. (2007). Sobrevivente de cancro: uma outra realidade. *Texto Contexto Enfermagem*, 16(1), 142-148. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a18v16n1.pdf>.

Pinto, C. & Pais-Ribeiro, J. (2006). A qualidade de vida dos sobreviventes de cancro. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24(1), 37-56. Disponível em: <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/03.pdf>.

Pinto, F. (2004). Os desafectos da inteligência... O possível diálogo entre a cognição e a afectividade. *Letras e Artes, Ponta Grossa*, 13(1), 7-12. Disponível em: <file:///C:/Users/PackardBell/Downloads/530-1644-1-PB.pdf>.

Portal de Oncologia Português (POP) (2012). *Dados sobre os vários tipos de cancro*. Disponível em: <http://www.mundopt.com/dir/detail/30767/pop-portal-de-oncologia-portugues.html>.

Portal de Oncologia Português (POP) (2015). *Portugal - Doenças oncológicas em números, 2015*. Disponível em:

www.apah.pt/media/publicacoes_tecnicas_sector_saude_2/Doencas_Oncologicas.pdf.

Portugal. Ministério da Saúde. IPO Porto (IPOP). Taxa de sobrevivência 2001-2002. Porto: IPO Porto; 2002. Acedido em Março de 2017]. Disponível em: <http://www.ipoporto.min-saude.pt/NR/rdonlyres/7A01D0E2-B95A-4774-B19BC7028BE/24736/Taxadesobrevivencia20002001.pdf>. AF85-

Prata, T. & Esgalhado, G. (2014). Utilização da tarefa de stroop emocional para avaliação do viés atencional em idosos não deprimidos e deprimidos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 37-46. Disponível em: http://www.infad.eu/RevistaINFAD/2014/n2/volumen1/0214-9877_2014_2_1_37.pdf.

Prazeres, N. (1996) *Ensaio de um estudo sobre alexitimia com o Rorschach e a Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Lisboa.

Prazeres, N. (2000). Alexitimia: uma forma de sobrevivência. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(1), 109-121. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/287/28720112.pdf>.

- Prazeres, N., Parker, D. & Taylor, J. (2000). Adaptação Portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20). *RIDEP*, 9(1), 9-21. Disponível em: http://www.aidep.org/03_ridep/R09/R091.pdf.
- Preece, P. E., Mansel, R. E., Bolton, P. M., Hughes, L. M., Baum, M., & Gravelle, I. H. (1976). Clinical syndromes of mastalgia. *The Lancet*, 2(7987), 670-673. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/60528>.
- Pregolatto, A. (2005). *Alexitimia e sintomas psicopatológicos em pacientes com insuficiência renal crónica*. Dissertação de Mestrado - Não publicada. Universidade Pública de Campinas - PUC, São Paulo.
- Primi, R. (2003). Inteligência: avanços nos modelos teóricos e nos instrumentos de medida. *Avaliação Psicológica*, 2, 67-77. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v2n1/v2n1a08.pdf>.
- Puliafico, A. C. & Kendall, P. C. (2006). Threat-related attentional bias in anxious youth: A review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9, 162-180. Doi: 10.1007/s10567-006-0009-x.
- Pusic, A., Thompson, T. A., Kerrigan, C. L., Sargeant, R., Slezak, S., Chang, B. W., Kelzlsouer, K. J. & Manson, P.N. (1999). Surgical Options for Early-Stage Breast Cancer: Factors Associated with Patient Choice and Postoperative Quality of Life. *Plastic Reconstruction Surgery*, 104(5), 1325-1333. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10513913>.
- Quartilho, M. (2015). *Do biológico ao social, em tempos de adversidade*. Imprensa da Universidade de Coimbra: Coimbra.
- Quero, S., Baños, R. & Botelha, C. (2000). Sesgos cognitivos en el transtorno de pánico: comparación entre el stroop computurizado y con tarjetas. *Revista Psichotema*, 12(2), 165-170. Disponível em: <http://www.psicothema.com/pdf/271.pdf>.
- Ramos, R. T. (2008). *Somatização e transtornos de ansiedade*. In: M.M.M. Siqueira, S.N. Jesus & U.B. Oliveira (orgs.). *Psicologia da saúde: Teoria e pesquisa*. (pp. 13-24; 2ª ed.). São Bernardo do Campo: UESP.
- Ramos, N.S. & Hernández, S.M. (2008). Inteligencia emocional y mindfulness; hacia un concepto integrado de la inteligencia emocional. *Revista facultad de trabajo social*, 24 (24), 135-146. Disponível em: <file:///C:/Users/PackardBell/Downloads/251-552-1-PB.pdf>.

- Ramos, N., Hernández, S. & Blanca, M. (2009). Efecto de un programa integrado de Mindfulness e inteligência sobre las estratégias cognitivas de regulación emocional. *Ansiedad y Estrés*, 15(2-3), 207-216. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=11347937&AN=47357198&h=Gt%2fYlBKov0OGgHbg%2bcLP%2bPZMtQQ4zBP7on3PZt88iluQUlhnZICQ4ILU5pLIJRqbp%2bN6cTy96K8FvzULXBj4mQ%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d11347937%26AN%3d47357198>.
- Raposo, M. (2012). *Adaptação do Teste Stroop de Cores e Palavras para Adultos Jovens*. Dissertação de Mestrado - Não publicada. Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Raposo, S. & Oliveira, F. C. (2009). *Estadiamento dos cancros ginecológicos*. Disponível em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/adenda_vol_ii.pdf.
- Rebelo, A., Vicente, A., Gomes, S. & Moisés, C. (2008). Patologia mamária: problemáticas psicológicas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (S1), 17.
- Reyna, C. & Lee, M. C. (2014). Breast cancer in young women: special considerations in multidisciplinary care. *Journal Multidiscip Healthc*, 7, 419-29. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25300196>.
- Rezende, J. (2002). *Histerectomia. Histerectomia-cesária*. In: *Obstetrícia* (9ª Ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Ricks, S.(Ed.). (2005). *Breast cancer basics and beyond*. Alameda, CA: Hunter House Publishers.
- Rief, W. & Broadbent, E. (2007). Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 27, 821-841. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735807001262>.
- Rivoire, W. A., Appel, M., Mônego, H., Reis, R., & et al. (2006). Neoplasias de ovário e de trompa de Falópio. In F. Freitas, C. Menke, W. A. Rivoire, E. Passos, *Rotinas em Ginecologia* (5ª Ed., pp. 362-384). Porto Alegre: Ed Artmed.
- Roberts, R. D., Flores-Mendoza, C. E., & Nascimento, E. (2002). Inteligência emocional: Um construto científico? *Paidéia*, 12(23), 77-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v12n23/06.pdf>.
- Roberto, A. N., Ribalta, J. C. L., Focchi, J. & Baracat, E. C. (2001). Avaliação dos Métodos Empregados no Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo Uterino do Ministério da

- Saúde. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 23(4), 209-16. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rbgo/v23n4/11361.pdf.
- Rocca, W. A., Bower, J. H., Maraganore, M. D., Ahlskog, J. E., Grossardt, B. R. & Andrade, M. & Melton, L. J. (2007). Increased risk of cognitive impairment or dementia in women who underwent oophorectomy before menopause. *Neurology*, 69 (11), 1074-1083. Doi: 10.1212/01.wnl.0000276984.19542.e6.
- Rodrigues, L. A. & Gasparini, A. C. L. F. (1992). *Uma perspectiva psicossocial em Psicossomática: via estresse e trabalho*. IN: Psicossomática Hoje. Mello Filho, J. de (pp. 93-107). Artes Médicas, Porto Alegre.
- Rosa, R. A., Batista, S. V. D., Bardella, H. L. & Carvalho, R. A. (2009). Avaliação da dose no reto em pacientes submetidas a braquiterapia de alta taxa de dose para o tratamento do câncer do colo uterino. *Radiol Bras.*, 42(2), 83-88. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-39842009000200005&script=sci_abstract&tlng=pt.
- Rosch, E. H. (1973). On the Internal Structure of Perceptual and Semantic Categories. In T. E., Moore (ed.), *Cognitive Development and the Acquisition of Language* (pp.111-144). Academic: USA.
- Rose, P. G., Adler, L. P., Rodriguez, M., Faulhaber, P. F., Karim, F. W. A. & Miraldi, F. (1999). Positron emission tomography for evaluating para-aortic nodal metastasis in locally advanced cervical cancer before surgical staging: A surgicopathologic study. *Journal of Clinical Oncology*, 17(1), 41-41. Doi:10.1200/JCO.1999.17.1.41.
- Rossi, L. & Santos, M. A. (2003). Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicologia Ciência e Profissão*, 23(4), 32-41. Doi:10.1590/S1414-98932003000400006.
- Rowland, J. H. (1989). Intrapersonal resources: coping. In J. C. Holland, & J. H. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology: Psychological care of patient with cancer* (pp. 44-57). New York: Oxford University Press.
- Rueda, F. & Castro, N. (2010). Capacidade Atencional: Há Decréscimo com o Passar da Idade? *Psicologia e Profissão*, 30 (3), 572-587. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932010000300010&script=sci_abstract&tlng=pt.
- Ruesch, J. (1948). The infantile personality. *Psychosomatic Medicine*, 10,134-144.

- Ruiz, E., León, M. & Díaz, J. (2008). Neuropsychological evaluation in patients with eating disorders. *Salud Ment*, 31(6). Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000600003.
- Ryan, H., Cockburn, J., Schofield, P., Butow, P., Tattersall, M., Bandaranayake, D. & et al. (2005). How to recognize and manage psychological distress in cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 7-15. Doi: 10.1111/j.1365-2354.2005.00482.x.
- Sabatino, S. A., Habarta, N., Baron, R. C., Coates, R. J., Rimer, B. K., Kerner, J. Coughlin, S. S., Kalra & Chattopadhyay, S. (2008). Interventions to increase recommendation and delivery of screening for breast, cervical, and colorectal cancers by healthcare providers systematic reviews of provider assessment and feedback and provider incentives. *Am. Journal Prev. Med.*, 35(1), 67-74. Doi: 10.1016/j.amepre.2008.04.008.
- Salim, S., Won, H., Nesbitt-Hawes, E., Campbell, N., Abbott, J. (2011). Diagnosis and management of endometrial polyps: a critical review of the literature. *Journal Minim Invasive Gynecol.*, 18(5), 569-581. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21783430>.
- Salovey, P. & Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185-211.
- Sánchez, F. M. & Serrano, J. M. (1997). Influencia del nivel de alexitimia en el procesamiento de estímulos emocionales en una tarea Stroop. *Psicothema*, 9, 519-527. Disponível em: <http://www.psicothema.com/pdf/123.pdf>.
- Santos, C. S. V. B., Ribeiro, J. P. & Lopes, C. (2003). Estudo de Adaptação das Escalas de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, saúde & doenças*, 4(2), 185-204. Disponível em: [file:///C:/Users/PackardBell/Downloads/55%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/PackardBell/Downloads/55%20(1).pdf).
- Sargento, J. & Sá, E. (2012). Avaliação da alexitimia em doentes oncológicos. In R. Quevedo-Blasco & V. Quevedo-Blasco (comp.). *Avances en Psic. Clínica-Libro de capítulos del IV Congreso Internacional de PozerPsicología Clínica*, 622-625.
- Sayar, K., Gulec, H. & Topbas, M. (2004). Alexithymia and anger in patients with fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 23(5), 441-448. Doi: 10.1007/s10067-004-0918-3.
- Scanlon, E. F. (1981). The early diagnosis of breast cancer. *Cancer*, 48, 523-526.
- Scannavino, C., Sorato, D. B., Lima, M. P., Franco, A. H. J., Martins, M. P., Júnior, J. C. M., Bueno, P. R. T., Resende, R. R. & Valério, N. I. (2013). Psico-oncologia: Atuação do

- psicólogo no Hospital de Câncer de Barretos. *Psicologia USP, São Paulo*, 24(1), 35-56. Disponível em: www.scielo.br/pdf/pusp/v24n1/v24n1a03.pdf.
- Scheidt, C. E., Waller, E., Schnock, C., Becker-Stoll, F., Zimmermann, P., Lucking, C. H., & Wirsching, M. (1999). Alexithymia and attachment representation in idiopathic spasmodic torticollis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(1), 47-52. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9952253>.
- Schmidt, U., Jiwany, A. & Treasure, J. (1993). A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 54-58. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8425393>.
- Schmitt, M. J. & Steyer, R. (1993). A latent state-trait model (not only) for social desirability. *Personality and Individual Differences*, 14, 519-529. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/019188699390144R>.
- Shiffrin, R. M. & Schneider, W. (1977). Controlled and automatic human information processing: I. Detection, search, and attention. *Psychological Review*, 84, 1-66. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1977-20305-001>.
- Schottenfeld, D. & Fraumeni-jr, J. (Eds.). (2006). *Cancer Epidemiology and Prevention* (3th ed.). New York: Oxford University Press
- Segal, M. (1994). *Mastectomia - mantendo sua qualidade de vida após o câncer de mama*. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos.
- Schweigert, W. (1994). *Research methods and statistics for psychology*. Brooks/Cole Publishing Company: California.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D., Cooper, J., Golden, Ch., Dornheim, L. (1998) Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25, pp. 167-177. Doi. 10.1016/S0191-8869(98)00001-4.
- Schutte, J. N., Mallouf, M. J., Thorsteinson, B. E., Bhullar, N. & Rooke, E. S. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 42(6), 921-933. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0191886906003539>.
- Seldl, E. & Zannon, C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspetos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/27.pdf>.
- Schwartzman, G., Moraes Filho, M. A., Silver, R. (1991). *Princípios da quimioterapia antineoplásica*. In: Schwartzmann, G., Katz, A., Cunha, F. M., Vinholes, J., Gansl, R. C. &

- Simon, S. D. Oncologia clínica - Princípios e Prática. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul, Ltda.
- Segal, M. (1994). *Desfazendo mitos: sexualidade e câncer*. São Paulo: Ágora.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2002) *Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. New York: The Guilford Press.
- Seidl, E. & Gimenes, M. G. G. (1997). *A prática do auto-exame na prevenção do câncer de mama*. In M. G. G. Gimenes & M. H. Fávero (Orgs.), *A mulher e o câncer* (pp.260-290). Campinas: Editorial Psy.
- Serra, V. A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra Lda.
- Serra, V. A. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. (2ª Ed.). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Shapiro, C. L. & Recht, A. (2001). Side effects of adjuvant treatment of breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 344(26), 1997-2008. Doi: 10.1056/NEJM200106283442607.
- Shapiro, S. L., Bootzin, R. R., Figueredo, A. J., Lopez, A. M. & Schwartz, G. E. (2003). The efficacy of mindfulness-based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer: an exploratory study. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(1), 85-91. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12505559>.
- Shapiro, S. L., Brown, K. & Biegel, G. (2007). Self-care for health care professionals: Effects of MBSR on mental well being of counseling psychology students. *Training and Education in Professional Psychology*, 1, 105-115.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A. & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 373-386. Disponível em: 10.1002/jclp.20237.
- Shepherd, M., Cooper, Brown, A. C. & Kalton, G. W. (1966). *Psychiatric Illness in General Practice*. Oxford University Press, London.
- Shipko, S. (1982). Alexithymia and somatization. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 37, 193-201.
- Shoupe, D., Parker, W. H., Broder, M. S., Liu, Z., Farquhar, C. & Berek, J. S. (2007). Menopause. *Elective oophorectomy for benign gynecological disorders*, 14 (3 Pt 2), 580-585. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1700485/pdf/brmedj02289-0013.pdf>.

- Siegel, D. (2007). Mindfulness training and neural integration: differentiation of distinct streams of awareness and the cultivation of well-being. *Social Cognitive & Affective Neuroscience*, 2(4), 259-263. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2566758/>.
- Siegel, S. & Castellan, N.J. (1988). *Nonparametric statistics for the behavioral sciences*, McGraw Hill.
- Sifneos, P. (1991). Affect, emotional conflict, and deficit: An overview. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 56, 116-122.
- Sifneos, P. E. (1970/1972). *Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
- Sifneos, P. E. (1977). *Psychothérapie brève et crise émotionnelle*. (G. Hougardy e D. Luminet, Trads.). Bruxelles: Pierre Mardaga.
- Sifneos, P. E. (1988). Alexithimia and its relationship to hemispheric specialisation, affect and creativity. *Psychiatric Clinics of North American*, 11(3), 287-292. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3067225>.
- Sifneos, P.E., Apfel-Savitz, R., & Frankel, F.H. (1977). The phenomenon of "Alexithymia" Proc. 11th Eur. Conf. Psychosom. Res., Heidelberg. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 47-57.
- Sillifant, B. (2007). *A Conceptual Basis for the Refinement of an Operational Definition of Mindfulness*. Dissertação de mestrado-não publicada. Massey University, New Zealand.
- Silva, A. N. (2008). *Alexitimia e processamento emocional: impactos no processo terapêutico*. Dissertação de Mestrado - Não publicada). Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Silva, J. & Muller, M. (2007). Uma integração teórica entre psicossomática, stress e doenças crônicas de pele. *Estudos de Psicologia I Campinas I*, 24(2) I 247-256 I. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n2/v24n2a11.pdf>.
- Silva, A. & Melo, T. (2012). *Estudo randomizado testando musicoterapia na redução da fadiga relacionada ao câncer em mulheres com neoplasia maligna de mama ou ginecológica em*

curso de radioterapia. Tese de doutoramento - não publicada. Universidade Federal de Goiás, Goiás-Brasil.

Silva, A., Vasco, A. & Watson, J. (2013). Quando o cliente pensa que não sente o que não pensa: Alexitimia e psicoterapia. *Análise Psicológica*, 2(31), 197-211. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v31n2/v31n2a07.pdf>.

Silva, E. (2008). Cancer de mama e sofrimento psicológico: Aspetos relacionados ao feminino. *Psicologia em Estudo*, 13 (2), 231-237. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a05v13n2.pdf>.

Silva, A., & Vasco, A. (2010). Alexitimia: que processos emocionais? Que intervenção terapêutica? Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Universidade do Minho, Portugal.

Silva, M. (2011). *Estudo da sobrevivência das doentes com cancro da mama, atendidas nas Unidades de Oncologia do Centro Hospitalar Médio Ave, EPE*. Dissertação de Mestrado - Não publicada. Universidade de Ciências Biomédicas, Universidade do Porto, Porto.

Silva, S., Bettencourt, D., Moreira, H. & Canavarro, C. (2011). Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama nas diversas fases da doença: o papel das variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de coping enquanto fatores de risco/proteção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(1), 64-76. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v29n1/v29n1a09.pdf>.

Silva, T. & Oliveira, C. (2010). Doença benigna da mama. Disponível em: www.fspog.com/fotos/editor2/cap_35.pdf.

Silveira, A., Ribeiro, C., Gonçalves, J., Oliveira, A., Silva, I., Lopes, C., Monteiro, E. & Pimentel, F. (2009). Qualidade de vida em doentes oncológicos da cabeça e pescoço tratados no Instituto Português de Oncologia do Porto: comparação de instrumentos de medida. *Qualidade de Vida em Oncologia*, 8, 59-66. Disponível em: <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/volume-tematico-2009/pdfs/E-05-2009.pdf>.

Simões, A. (1992). Ulterior a validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVI, 503-515.

Simões, L. M. (2008). *O teu corpo não mente: ajudar a curar a pessoa não a doença*. São Domingos de Rana: Anjo dourado.

- Simões, M. S., Carneiro, F., Schmitt, F. & Lopes, J. M. (2007). *Cancro: O essencial da saúde*. Matosinhos: Quidnovi.
- Simon, V. (2007). Mindfulness y neurobiología. *Revista de Psicoterapia*, 17, 5-30. Disponível em: <http://vbrevia.com/meditacion/MindfulnessyNeurobiologia.pdf>.
- Smeltzer, C., Bora, B., Hinkle, J., & Cheever, K. (2005). *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica* (10ª Ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Smith, G. R. (1983). Alexithymia in medical patients referred to a consultation liaison service. *American Journal of Psychiatry*, 140(1), 99-101. Doi: 10.1176/ajp.140.1.99.
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2012). Revisão dos Consensos em Infecções Vulvovaginais. Acedido em Abril de 2017. Disponível em: http://www.spginecologia.pt/uploads/revisao_dos_consensos_em_infeccoes_vulgovaginais.pdf.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos [SECPAL] (2005). *Cuidados paliativos*. Bioética en la Red. Acedido em Novembro de 2015. Disponível em: www.secpal.com.
- Solana C. A. (2005). Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncologia*, 28 (3), 151-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a18v16n1.pdf>.
- Souto, M. (2000). A alexitimia e a dependência de drogas: os sentimentos, o discurso e as drogas. Dissertação de Mestrado -Não publicada. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.
- Souza, B., Pires, F., Dewulf, N., Inocenti, A., Silva, A. & Miassu, A. (2013). Pacientes em uso de quimioterápicos: depressão e adesão ao tratamento. *Revista Esc. Enferm. USP*, 47(1), 61-68. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/en_a08v47n1.pdf.
- Souza, J. & Seidl, E. (2014). Distress e enfrentamento: da teoria à prática em psico-oncologia. *Brasil Med.*, 50(3), 242-252. Disponível em: <http://docplayer.com.br/17691167-Distress-e-enfrentamento-da-teoria-a-pratica-em-psico-oncologia.html>.
- Specia, M., Carlson, L. E., Goodey, E., Angen, M. (2000). A randomized, wait-list controlled clinical trial: The effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 62, 613-622. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11020090>.
- Spence, R. A. J. & Johnston, P. G. (2001). *Oncologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Spence, R. A. J., & Johnston, P. G. (2003). *Oncologia: Câncer de Pele* (pp. 125-134). Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.
- Spiegel, D., Bloom, J. R., Kraemer, H. C., & Gottheil, E. & Garcia (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 2, 888-891. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2571815>.
- Spiegel, D., Morrow, G. R., Classen, C., Raubertas, R., Stott, B., Mudaliar, N., & Riggs, G. (1999). Group Psychotherapy for Recently Diagnosed Breast Cancer Patients: a Multicenter Feasibility Study. *Psycho-Oncology*, 8(6), 482-493. doi: 10.1002/(SICI)1099-1611.
- Spiegel, D. A. (2000) *Combined drugs and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder: early findings*. In: Goodman, W. K., Rudorfer, M. V., Maser, J. D. Obsessivecompulsive disorder - contemporary issues in treatment. London: Lawrence Erlbaum Associates Publ., 485-499.
- Spreen, O. & Strauss, E. (1991). *The compendium of neuropsychological*. Oxford University Press, Oxford.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Sworowski, L. A., Collins, C. A., Branstetter, A. D., Rodriguez-Hanley, A., Kirk, S. A. & Austenfeld, J. L. (2002). Randomized, controlled trial of written emotional expression and benefit-finding in breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 20, 4160-4168. Doi: 10.1200/JCO.2002.08.521.
- Steel, G. G. & Peckham, M. J. (1979). Exploitable mechanisms in combined radiotherapy chemotherapy: the concept of additivity. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 5, 85-91.
- Stein, C. J. & Colditz, G. A. (2004). Modifiable risk factors for cancer. *Br. J. Cancer*, 90(2), 299-303. Doi: 10.1038/sj.bjc.6601509.
- Stein, I. F., & Leventhal, M. L. (1935). Amenorrhea associated with bilateral polycystic ovaries. *American Journal of Obstetrics Gynecology*; 29(2), 181-191. Disponível em: [www.ajog.org/article/S0002-9378\(15\)30642-6/abstract](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(15)30642-6/abstract).
- Steinberg, L., Cauffman, E., Woolard, J., Graham S. & Banich, M. (2005). Are adolescents less mature than adults? Minors' access to abortion, the juvenile death penalty, and the alleged APA "Flip-Flop". *American Psychology*, 64(7). 583-594. Doi: 10.1037/a0014763.
- Stek, M. L., Gussekloo, J., Beekman, A. T., Tiburg, W. & Westendorp, R. G. (2004). Prevalence, correlates and recognition of depression in the oldest old: the Leiden 85-plus study. *Journal Affect Disord*, 78, 193-200. Doi: 10.1016/S0165-0327(02)00310-5.

- Stephenson, M. (1996). Frequency of factors associated with habitual abortion in 197 couples. *Fertility and Sterility*, 66(1), 24-29. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8752606>.
- Sternberg, R. J. (2008). *Psicologia Cognitiva*. Porto Alegre: Artmed.
- Stoll, B. (1986). *Psychosomatic aspects of cancer. The psychosomatic approach: contemporary practice of whole person care*. Chichesier: John Wiloy & Sons.
- Strauss, G. P. & Allen, D. N. (2006). The experience of positive emotion is associated with the automatic processing of positive emotional words. *The Journal of Positive Psychology*, 2006; 1:150-159. Doi: 10.1080/17439760600566016.
- Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 28, 643-662. Disponível em: <http://psych.hanover.edu/classes/Cognition/Papers/stroop%201933.pdf>.
- Sturm, E. & Levenson, W. (2011). Alexithymia in neurodegenerative disease. *Neurocase*. 17(3), 242-50. Doi: 10.1080/13554794.2010.532503.
- Stuss, D. T., Kuai, G. G. & Alexander, M. P. (2001). The frontal lobes are necessary for 'theory of mind'. *Brain*, 124, 279-286. Disponível em : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11157555>.
- Stys, Y. & Brown, S. (2004). A review of the emotional intelligence literature and implications for corrections. *Research Branch Correctional Service of Canada*, 150, 1-67. Disponível em: <http://www.csc-scc.gc.ca/research/r150-eng.shtml>.
- Tacón, A. M., Caldera, Y. M., Ronaghan, C. (2004). Mindfulness-Based Stress Reduction in Women With Breast Cancer. *Families, Systems, & Health*, 22(2), 193-203. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3457885/>.
- Taghavi, M. R., Dalglish, T., Moradi, A. R., Neshat-Doost, H. T., & Yule, W. (2003). Seletive processing of negative emotional information in children and adolescents with generalized anxiety disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 221-230. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14565889>.
- Taiminen, T. J., Saarijärvi, S., Helenius, H., Keskinen, A., & Korpilahti, T. (1996). Alexithymia in suicide attempters. *Acta Psychuatriva Scandinavica*, 93(3), 195-198. Doi: 10.1111/j.1600-0447.1996.tb10631.

- Tannock, I., Ronald, W., William, B., Jozsef, H., Pluzanska, A., Kim, N., Oudard, S., Théodore, C., James, N., Turesson, I., Rosenthal, M. & Eisenberger, M. (2004). Docetaxel plus Prednisone or Mitoxantrone plus Prednisone for Advanced Prostate Cancer. *The New England Journal of Medicine*, 351, 1502-1512. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa040720>.
- Tapadinhas, A. R. (2004). Alterações do humor face ao adoecer da mama. In. J. Ribeiro, & I. Leal (Orgs.). *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.551-557). Lisboa: Fundação Caloust Gulbenkian.
- Tavares, A. (1999). Introdução à psico-oncologia. In R. Guimarães, (Org). *Temas CL de Psiquiatria, Psicosomática e Psicologia*. Grupo Português de Psiquiatria Conciliar-Ligação e Psicossomática.
- Tavassoli, F.A. (1992). *Benign lesions. In Pathology of the Breast*. Norwalk, CT: Appleton and Lang.
- Taylor, G. (1989). *Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis*. IUP Inc. Medison: Connecticut.
- Taylor, G. (1997). Eating disorders. In G. Taylor, R. Bagby, & J. Parker (Eds.), *Disorders of Affect Regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness* (pp. 190-215). Cambridge: Cambridge University Press.
- Taylor, G. J. (1984). Alexithymia: concept, measurement and implications for treatment. *The American Journal of Psychiatry*, 141, 725-732. Doi: 10.1176/ajp.141.6.725.
- Taylor, G. J. (1990). La pensée opératoire et le concept d'alexithymie. *Revisite Française de Psychanalyse*, 3,669-784.
- Taylor, G. J. (1994). The alexithymia construct: Conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality. *New Trends in Experimental & Clinical Psychiatry*, 10(2), 61-74. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1995-09613-001>.
- Taylor, G. J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 134-142. Doi: 10.1177/070674370004500203.
- Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2004). New trends in alexithymia research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 68-77. Doi: 10.1159/000075537.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M. & Parker, J. D. A (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Taylor, G. J., Doody, K., & Newman, A. (1981). Alexithymic characteristics in patients with inflammatory bowel disease. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 26, 470-474. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7296466>.
- Taylor, R. B. (1996). Neighborhood responses to disorder and local attachments: The systemic model of attachment, social disorganization, and neighborhood use value. *Sociological Forum*, 11, 41-74. Doi: 10.1007/BF02408301.
- Taylor, S. E., Lichtman, R. R. & Wood, J. V. (1984). Attributions, beliefs in control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 489-502. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6707865>.
- Taylor, G. J., Ryan, D., & Bagby, R. M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 191-199. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3837277>.
- Teasdale, D., Segal, V., Williams, J., Ridgeway, A., Soulsby, M. & Lau, A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 68(4), 615-623. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10965637>.
- Teixeira, B. & Pires, F. (2010). Psico-oncologia: Proposta de trabalho de apoio psicossocial aos pacientes com câncer. *Revista Saúde*, 4(1), 40-52. Disponível em: <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/viewFile/265/626>.
- Teixeira, J. (1989). Psico-Imunologia: Alguns Pontos de Vista Psicológicos e Psicopatológicos. José A. Carvalho Teixeira. Comunicação apresentada no I Colóquio de Psiquiatra. Assistente convidado, ISPA.
- Tel, H. & Dogan, S. (2011). Fatigue, anxiety and depression in cancer patients. *Neurology, psychiatry and Brain research*, 17(2), 42-45. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0941950011000078>.
- Teodoro, R. (2013). *O impacto psicossocial do distress em doentes oncológicos: Género, tempo de diagnóstico e tipo de cancro*. Dissertação de Mestrado-não publicada. ISPA, Lisboa.
- Theofilou, P. & Panagiotaki, H. (2012). A literature review to investigate the link between psychosocial characteristics and treatment adherence in cancer patients. *Oncology Reviews*, 6(5), 37-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.4081/oncol.2012.e5>.

- Thorling, E. (1996). Obesity, fat intake, energy balance, exercise and cancer risk a review. *Nutrition Research*, 16(2), 315-368. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0271531796000152>.
- Thornton, A. & Perez, A. (2007). Interpersonal relationships. In M. Feuerstein (Ed.), *Handbook of Cancer Survivorship* (pp.191-210). Bethesda: Springer.
- Tiezzi, D. (2007). Cirurgia conservadora no câncer de mama. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria* 29(8), 428-434. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n8/a08v29n8.pdf>.
- Tojal, C. & Costa, R. (2014). Ajustamento mental ao cancro de mama: papel da depressão e suporte mental. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 15(3), 777-789. Doi: <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150317>.
- Tomaz, C. & Giugliano, L. (1997). A razão das emoções: um ensaio sobre “O erro de Descartes”. *Estudos de Psicologia*, 2(2), 407-411. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v2n2/a13v02n2.pdf>.
- Tomich, P. L. & Helgeson, V. S. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology*, 23, 16-23. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14756599>.
- Torre, L. a, Bray, F., Siegel, R. L., Ferlay, J., Lortet-tieulent, J., & Jemal, A. (2015). Global Cancer Statistics, 2012. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 65(2), 1-22. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25651787>.
- Torres, M., Hernández-Pozo, M. R., Castillo, P., Coronado, O. & Cerezo, S. (2009). Relación entre promedio escolar y três indicadores de ansiedad general en estudiantes de Medicina. *Revista Universitas Psychologica*, 8(1), 69-86. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v8n1/v8n1a6.pdf>.
- Torres, A., Pereira, A., Monteiro, S., Pinto, A., Correia, A., Gonçalves, D. & Ribeiro, L. (2010). A saúde mental das mulheres sobreviventes de cancro da mama portuguesas. In H. Pereira, L. Branco, F. Simões, G. Esgalhado, & R. M. Afonso (Orgs.), *Educação para a Saúde, Cidadania e desenvolvimento Sustentado*. (pp.1092-1100) (ISBN 978-989-96996-0-1).
- Torres, S. & Guerra, M. P. (2003). A construção e um instrumento de avaliação das emoções para a anorexia nervosa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 97-110. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v4n1/v4n1a07.pdf>.

- Trancas, B., Cardoso, G., Luengo, A., Vieira, C. & Reis, D. (2010). Depressão no doente oncológico. Considerações diagnósticas e terapêuticas. *Acta Méd. Port.* 23, 1101-1112. Disponível em: <http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/383/1/Acta%20Med%20Port.%202010%20Nov-Dec23%286%29%201101-12.pdf>.
- Trask, P. & Pearman, T. (2007). Depression. In M. Feuerstein (Ed.), *Handbook of Cancer Survivorship* (pp. 173-189). Bethesda: Springer.
- Trenerry, M. R., Crosson, B., DeBoe, J. & Leber, W. R. (1989). *Stroop neurological screening test*. Odessa, FL: Psychological assessment resources.
- Trijsburg, R. W., Van Knippenberg, F. C. & Rijpma, S. E. (1992). Effects of psychological treatment on cancer patients: A critical review. *Sychosom. Med*, 54(4), 489-517. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1502290>.
- Troisi, A., D'Argenio, A., Peracchio, F., & Petti, P. (2001). Insecure attachment and alexithymia in young men with mood symptoms. *Journal of Mental Disease*, 189(5), 311-316. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11379975>.
- Trottier, H., Mahmud, S., Costa, M. C., Sobrinho, J. P., Duarte-Franco, E. & Franco, E. L. (2006). Human papillomavirus infections with multiple types and risk of cervical neoplasia. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 15(7), 1274-1280. Doi: 10.1158/1055-9965.EPI-06-0129.
- Troyer, A. K. (2000). Normative data for clustering and switching on verbal fluency tasks. *Journal of Clinical and Experimental Psychology*, 22, 370-378. Doi: 10.1076/1380-3395(200006)22:3;1-V;FT370.
- Tsunoda, A., Andrade, C. & Reis, R. (2015). Laparoscopia no câncer de colo uterino. Estado atual e revisão da literatura. *Rev. Col. Bras.*, 42(5), 1809-4546. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v42n5/pt_0100-6991-rcbc-42-05-00345.pdf.
- Tudela, P. (1992). Atención, en J.L. In, Fernández Trespalacios, & P. Tudela (Eds.), *Atención y Percepción* (4º Cap., pp.119-162). Madrid: Alhambra. Cap. 4, pp. 119-162.
- Tyczynski, J., Bray, F., & Parkin, D. (2002). Breast cancer in Europe. ENCR, European Network of Cancer Registries. *IARC*, 2, 1-4.
- Vadivelu, S. (2012). *The unmet supportive care needs of patients with newly diagnosed advanced colon cancer*. Master of Science in Nursing. University of Hamilton School of Graduate Studies, Ontario, Canada.

- Valente, G. B. (2012). *A questão da simbolização na Psicossomática: estudo com pacientes portadores de transtorno neurovegetativo somatoforme e de transtorno de pânico*. Dissertação de mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Vallerand, R. J. & Blanchard, C. M. (2000). The study of emotions in sport and exercise: Historical, definitional and conceptual perspectives. In Y. L. Hanin (Ed.), *Emotions in sport* (pp. 3-37). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Van Boxtel, M. P. J., Tusscher, M. P. M., Metsemakers, J. F. M., Willems, B., & Jolles, J. (2001). Visual determinants of reduced performance on the Stroop Color-Word Test in normal aging individuals. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 23(5), 620-627. doi: 10.1076/jcen.23.5.620.1245.
- Van Dam, F. S., Schagen, S. B., Muller, M. J., Boogerd, W., Wall, E., Droogleever, F. M. E., Rodenhuis, S. (1998). Impairment of Cognitive Function in Women Receiving Adjuvant Treatment for High-Risk Breast Cancer: High-Dose Versus Standard-Dose Chemotherapy. *Journal of National Cancer Institute*, 90(3), 210-218. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9462678>.
- Van Der Elst, W., Boxtel, M. P.J., Breukelen, G. J. P. & Jolles, J. (2006). The Stroop ColorWord Test: Influence of Age, Sex and Education; and Normative Data for a large Sample Across the Adult Age Range. *Assesment*, 13(1), 62- 79. Doi: 10.1177/1073191105283427.
- Van der Elst, W., Van Boxtel, M. P. J., Van Breukelen, G. P. J., & Jolles, J. (2005). Rey's verbal learning test: Normative data for 1855 healthy participants aged 24-81 years and the influence of sex, education, and model of presentation. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 11, 290-302. Doi: 10.1017/S1355617705050344.
- Vandenberghe, L. & Sousa, A. (2006). Mindfulness nas terapias cognitivas e comportamentais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(1), 35-44. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872006000100004.
- Vandenberghe, L. & Assunção, A.B. (2009). Concepções de mindfulness em Langer e Kabat-Zinn: um encontro da ciência Ocidental com a espiritualidade Oriental. *Contextos Clínicos*, 2(2), 124-135. Disponível EM: <http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/4921>.
- Varela, M. & Leal, I. (2007). Estratégias de coping em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 23(3), 479-488. Disponível em: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/459/pdf>.

- Vasco, B. (2009). *Regulation of needs satisfaction as the touchstone of happiness*. Comunicação apresentada na 16ª Conferência da European Association for Psychotherapy - Meanings of happiness and psychotherapy, Lisboa, Portugal.
- Vásquez, I. A., Rodríguez, C. F., & Álvarez, M. P. (2003). *Manual de Psicología de la Salud* (2ª ed.). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Vásquez, I. A., Rodrigues, C. F. & Álvarez, M. P. (1998). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Veríssimo, R. (2001). Versão Portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto-20 itens-I- Adaptação linguística, validação semântica, e estudo de fiabilidade. *Acta Médica Portuguesa*, 14, 529-536.
- Veríssimo R. (2003). Inteligência Emocional: da Alexitimia ao Controlo Emocional. *Acta Med Port.* 16(6): 407-11. Portuguese. Disponível em: [file:///C:/Users/PackardBell/Downloads/1219-1793-1-PB%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/PackardBell/Downloads/1219-1793-1-PB%20(5).pdf).
- Veríssimo R. (2005). Inteligência emocional, apoio social e regulação afetiva. *Acta Méd. Port.*, 18, 345-352. Disponível em: <file:///C:/Users/PackardBell/Downloads/1044-1603-1-PB.pdf>.
- Veríssimo, R. (2011). *Da regulação afetiva na saúde e na doença*. Lisboa: Sítio do Livro, Lda.
- Vermeulen, N., Luminet, O. & Corneille, O. (2006). Alexithymia and the automatic processing of affective information: Evidence from the affective priming paradigm. *Cognition and Emotion*, 20, 64-91. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02699930500304654>.
- Vermeulen, L., Todars, M., Mello, F., Sprick, M. R., Kemper, K., Alea, M., Richel, P. J., Stassi, G. & Medema, J. P. (2008). Single-cell cloning of colon cancer stem cells reveals a multilineage differentiation capacity. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 105(36), 13427-13432. Doi: 10.1073/pnas.0805706105.
- Veronesi, U., Luini, A., Mariani, L., Del Vecchio, M., Alvez, D., Andreoli, C., Giacobone, A., Merson, M., Pacetti, G. & Raselli, R. et al. (1994). Effect of menstrual phase on surgical treatment of breast cancer. *Lancet*, 18(343), 1545-1547. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7911875>.
- Vicini, F., Baglan, K., Kestin, L., Chen, P., Edmundson, G., Martinez, A. (2002). The emerging role of brachytherapy in the management of patients with breast cancer. *Seminars Radiation Oncology*, 12 (1), 9-31. Doi: 10.1053/srao.2002.28662.

- Vicini, F., Sharpe, M., Kestin, L., Martinez, A., Mitchell, C., Wallace, M., Matter, R. & Wong, R. (2003). Optimizing breast cancer treatment efficacy with intensity-modulated radiotherapy. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 54(5), 1336-1344. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S036030160203746X>.
- Vineis, P. & Wild, C. P. (2014). Global cancer patterns: Causes and prevention. *The Lancet*, 383(9916), 549-557. Acedido em Março de 2017. Doi: 10.1016/S0140-6736(13)62224-2.
- Vinhas, R. (2008). *A expressão da ansiedade e da depressão em pacientes com VIH/SIDA*. Dissertação de Mestrado - Não publicada. Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Vitorino, P., Soares, S. & Cunha, M. (2013). Influência da alexitimia nos processos atencionais: a deteção de expressões faciais emocionais. *Psychologica*, 56, 43-65. Doi : http://dx.doi.org/10.14195/0871-4657_56_2014_V1_3.
- Von Rad, M. (1983). *Alexithymie (Alexithymia)*. New York: Springer.
- Von Rad, M. (1984). Alexithymia and symptom formation. *Psychoterapy and Psychosomatics*, 42, 80-89. Disponível em : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6514973>.
- Walboomers, J. M. M., Jacobs, M. V., Manos, M. M., Bosch, F. X., Kummer, J. A., Shah, K. V., Snijders, P. J., Peto, J., Meijer, C. J. & Muñoz, N. (1999). Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol*, 189, 12-19. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10451482>.
- Wallach, E. E. & Vlahos, N. F. (2004). Uterine myomas: an overview of development, clinical features, and management. *Obstetrics & Gynecology*, 104, 393-406. Doi: 10.1097/01.AOG.0000136079.62513.39.
- Wasteson, E., Brenne, E., Higginson, I. J., Hotopf, M., Lloyd-Williams, M., Kaasa, S., et al. (2010). Depression assessment and classification in palliative cancer patients: a systematic literature review. *Palliat. Medicine*, 23(8):739-53. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0269216309106978>.
- Watson, M., Greer, S., Rowden, L., Gorman, C., Robertson, B., Bliss, J. M., & Turmore, R. (1991). Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological Medicine*, 21, 51-57.
- Watson, L. (2008). Cuidados paliativos são uma realidade precária. Acedido em Maio de 2013. Disponível em: http://jn.sapo.pt/paginainicial/interior.aspx?content_id=923920.

- Wefel, J. S., Lenzi, R., Theriault, R., Brezden, A. U., Cruickshank, S. & Meyers, C. A. (2004). "Chemobrain" in Breast Carcinoma? *Cancer*, 101, 466-475. Doi: 10.1002/cncr.20393.
- Weinberg, R. A. (1988). Oncogenes and tumor suppressor genes. *Trans Stud Coll Physicians Phila*, 10(1-4): 83-94. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/cancer-causes/genetics/genes-and-cancer/oncogenes-tumor-suppressor-genes.html>.
- Weinberg, R. A. (1996). *Racing to the Beginning of the Road. The Search for the Origin of Cancer*. New York: Harmony Books.
- Wetzig, N. R. (1994). Mastalgia: a 3 years' Australian study. *Aust N Z J Surg*, 64, 329-331. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8179529>.
- White, C. A. (2002), *BoMarkdy Images in Oncology*. In: Cash T. F., Pruzinsky T. Body Image: a Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice (pp. 379-386). New York/London: The Guilford Press.
- Whiteman, M. K., Hillis, S. D., Jamieson, D. J., Morrow, B., Podgornik, M. N., Brett, K. M., & Marchbanks, P. A. (2008). Inpatient hysterectomy surveillance in the United States, 2000-2004. *American Journal fo Obstetrics & Gynecology*, 198, 1-7. Doi: 10.1016/j.ajog.2007.05.039.
- WHOQOL-Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/41344692>.
- WHOQOL-Group. (1998). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Sciense & Medicine*, 46(12), 1569-1585. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/publications/whoqolbref_user_agreement.pdf?ua=1.
- Willet, W. (1989). The search for the causes of breast and colon cancer. *Nature*, 338, 389-394. Doi: 10.1038/338389a0.
- William S., Mathews, A. & MacLeod, C. (1996). The emotional Stroop task and psychopathology. *Psychological Bulletin*, 120, 3-24. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8711015>.
- Williams, J. M. & Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(2), 144-148. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.95.2.144>.

- Williams, J., Mark, G., Watts, F. N., MacLeod, C., & Mathews, A. (1988). *Cognitive psychology and emotional disorders: The wiley series in clinical psychology*. Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Wilson, B. A. (1991). Theory, assessment and treatment in neuropsychological rehabilitation. *Neuropsychology*, 5, 281-91. Doi: 10.1037/0894-4105.5.4.281.
- Wilson, K. G. & Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Wood, R., Williams, C. & Lewis, R. (2010). Role of Alexithymia in suicide ideation after traumatic brain injury. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 16(6), 1-7. Doi: 10.1017/S1355617710001013.
- World Health Organization (WHO) (2008). Definition of palliative care. Acedido em Março de 2017. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
- World Health Organization (WHO) (2014). *Cancer Mortality Database*. Disponível em: <http://www-dep.iarc.fr/WHODb/WHODb.htm>.
- Woyciekosky, C., & Hutz, C. S. (2009). Inteligência Emocional: Teoria, Pesquisa, Medida, Aplicações e controvérsias. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722009000100002>.
- Woycieloski, C., & Hutz, S. (2010). Inteligência emocional avaliada por autorrelato difere do construto personalidade? / Does emotional intelligence assessed by a Self-Report Scale differ from personality? *Psico USF*, 15(2), 151-159. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v15n2/v15n2a03.pdf>.
- Wrensch, M. (2003). Risk factors for breast cancer in a population with high incidence rates. *Breast Cancer Res Treat*, 5(4), 88-102. Disponível em: <https://www.google.pt/search?q=Risk+factors+for+breast+cancer+in+a+population+with+high+incidence+rates&oeq=Risk+factors+for+breast+cancer+in+a+population+with+high+incidence+rates&aqs=chrome..69i57.2837j0j9&sourceid=chrome&ie=UTF-8>.
- Wright, I., Waterman, M., Prescott, H. & Murdoch-Eaton, D. (2003). A New Stroop-like measure of inhibitory function development: typical developmental trends. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(4), 561-575. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12751848>.
- Yehuda, R., Steiner, A., Kahana, B., Binder-Brynes, K., Southwick, S., Zelman, S. & Giller, E. (1997). Alexithymia in holocausto survivors with and without PTSD. *Journal of*

Traumatic stress, 10(1), 93-100. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9018679>.

Yiend, J. (2010). The effects of emotion on attention: A review of attentional processing of emotional information. *Cognition and Emotion*, 24, 3-47. Disponível em:
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02699930903205698>.

Zackheim, L. (2007). Alexithymia: The expanding realm of research. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 345-347. Doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.08.011.

Zeidner, M., Matthews, G., & Roberts, R. D. (2001). Slow down, you move too fast: Emotional Intelligence remains an 'elusive' intelligence. *Emotion*, 1, 265-275.

Zeitlin, B. & McNally, R. (1993). Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 150, 658-660. Doi: 10.1176/ajp.150.4.658.

Zlotnick, C, Mattia, J. I. & Zimmerman, M. J. (2001). The relationship between posttraumatic stress disorder, childhood trauma and alexithymia in a outpatient sample. *Journal of Traumatic*, 14,177. Doi: 10.1023/A:1007899918410.

ANEXOS

ANEXO 1: Carta de solicitação aos hospitais



Universidade da Beira Interior - UBI
Departamento de Psicologia e
Educação
Doutoramento em Psicologia

Exmº Sr. Presidente do Conselho de administração

Eu, Káthia Kareniny Cananéa de Castro, sob o BI nº 31399811-6, com data de validade até 13 de Março de 2019, sou aluna do doutoramento em psicologia na Universidade da Beira Interior (Covilhã - Portugal), e venho através desta carta pedir autorização para realizar a colheita de dados para concretização da minha tese de doutoramento, que intitula-se: **Funcionamento cognitivo-emocional em doentes oncológicos: mulheres com cancro mamário e ginecológico**, sob a orientação da Professora Doutora Maria da Graça Esgalhado e co-orientação do Professor Doutor Henrique Pereira.

O objetivo principal do nosso estudo é descrever o funcionamento cognitivo-emocional em mulheres com cancro e sem cancro (mama e cervical). Para caracterizar a amostra e para avaliar as variáveis acima descritas, utilizar-se-á os seguintes instrumentos: o *Questionário Sociodemográfico, Toronto - TAS-20* (Veríssimo, 2001), *Stroop Emocional - Alexitimia*; *Escala de Inteligência de Shutte* (Vicente, Santos & Esgalhado, 2014); *Questionário das cinco facetas de Mindfulness (FFMQ)* (Gregório, & Gouveia, 2014); *Inventário de Sintomas psicopatológicos (BSI)* (Tradução e adaptação de Canavarro, 1995); *Questionário EORTC-QLQ-C30* (Aaronson, 1993).

Todos os procedimentos referentes às normas éticas em vigor no estudo com seres humanos serão respeitados, designadamente, o pedido de autorização ao **Centro Hospitalar de**

Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE (CHTMAD) / Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB), o respeito pela privacidade e voluntariedade na participação.

Acrescento que desde Setembro de 2013 estou vinculada ao Hospital, precisamente ao serviço de neurologia, no âmbito de um estágio profissional para atribuição da minha cédula pela Ordem dos Psicólogos Portugueses, que ocorrerá em Janeiro de 2015.

Agradeço antecipadamente a atenção que possa conceder-me e refiro ainda que será garantida a confidencialidade de todos os dados recolhidos nesta investigação, não sendo referido, em momento nenhum a identificação da instituição de colheita de dados nem a identidade dos participantes. Estarei a V. disposição, em qualquer momento, para esclarecimentos referentes à investigação em questão.

Vila Real, 03 de Outubro de 2014.

Com os melhores cumprimentos,

Káthia de Castro

ANEXO 2: Autorização do Hospital de Trás os Montes e Alto Douro (CHTMAD)



Centro Hospitalar de
Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.

COMISSÃO DE ÉTICA

Exm^a(^o) Senhor(a)
Kátia Kareniny Cananéa de Castro
Clínica Médica Real, Lda
Rua Alves Torgo, 18
5000-679 Vila Real

ASSUNTO: Projeto de investigação

Após parecer emitido pela Comissão de Ética de 22/04/2015, o Conselho de Administração em 29/04/2015, autorizou o pedido de de realização do estudo sobre Funcionamento cognitivo-emocional em doentes oncológicos: mulheres com cancro mamário e ginecológico".

Com os melhores cumprimentos,

Vila Real, 22 de Maio de 2015

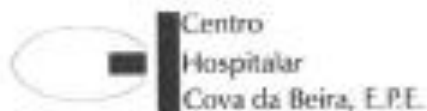
O Presidente do Conselho de Administração

Carlos José Cadavez (Dr.)
Presidente do Conselho
de Administração

CHTMAD

ANEXO 3: Parecer do Hospital de Cova da Beira (CHCB)

ANEXO 4: Autorização Final do Projeto de Doutoramento do CHCB



Recebido em
21/09/2015
E/L

Parecer:	Despacho:  Prof. Doutor Hugo Carlos 21/9/2015
ASSUNTO: Projecto de Investigação nº 43/2015 - "Funcionamento cognitivo-emocional em doentes oncológicos: mulheres com cancro mamário e ginecológico".	
PARA: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração	N.º 75/GH
DE: Gabinete de Investigação e Inovação	Data 18/09/2015
<p>Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Kátia Kareniny Camanã de Castro, aluna de Doutoramento em Psicologia da Universidade da Beira Interior, para a realização de um estudo subordinado ao tema "Funcionamento cognitivo-emocional em doentes oncológicos: mulheres com cancro mamário e ginecológico", a realizar no Departamento de Saúde da Criança e da Mulher, no serviço de Ginecologia deste Centro Hospitalar.</p> <p>Envio ainda o parecer nº 50/2015, emitido pela Comissão de Ética.</p> <p>Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Procedimentos do Centro de Investigação Clínica.</p> <p>Cum os melhores cumprimentos,</p> <p>A Coordenadora do Gabinete de Investigação e Inovação,</p> <p> (Dr.ª Rosa Saraiva)</p> <p>85/MA</p> <div style="float: right;"> <p>Gabinete de Investigação e Inovação 23 SET 2015</p> <p>Centro Hospitalar Cova da Beira Investigação e Inovação C.I.A. Assunto: 75/GH Assinatura:  Prof. Doutor Hugo Carlos Prof. Doutor Hugo Carlos Vice-Presidente do Conselho de Administração Vice-Presidente do Conselho de Administração Vice-Presidente do Conselho de Administração Vice-Presidente do Conselho de Administração Vice-Presidente do Conselho de Administração Vice-Presidente do Conselho de Administração</p> </div>	

ANEXO 5: Autorização da Universidade de Trás de Montes e Alto Douro (UTAD)

UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Comissão de Ética da UTAD



Parecer da Comissão de Ética N:	1/2016
Data:	22.01.2016
Assunto:	Doc30 A/CE/2015 Novo Documento-Projeto de doutoramento "Funcionamento cognitivo-emocional em doentes oncológicos: mulheres com cancro mamário e ginecológico"
Requerentes:	Kátia Castro/Coord: Maria da Graça Esgalho; Henrique Pereira

Considerando as vantagens previstas para a saúde humana e bem-estar dos participantes e o desenvolvimento do conhecimento científico, bem como que estão cumpridas as condições de confidencialidade e consentimento informado dos participantes; a CE nada tem a opor ao desenvolvimento do projeto.

Pela Comissão de Ética

A Presidente da Comissão


 Maria da Conceição Azevedo

ANEXO 6: Consentimento Informado do Estudo



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia e Educação

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sou licenciada em Psicologia Clínica, Mestre em Psicologia da Educação, Neuropsicóloga e doutoranda em Psicologia na Universidade da Beira Interior, e no âmbito da preparação da tese de doutoramento venho solicitar a sua colaboração para lhe aplicar algumas provas psicológicas, todas elas de curta aplicação.

O trabalho de investigação que pretendo realizar visa estudar a atenção e as emoções em doentes oncológicos.

A escolha da sua participação no estudo é voluntária, não acarreta despesas e pode desistir a qualquer momento. A aplicação das provas é individual e todas as informações recolhidas serão estritamente confidenciais, não sendo referido em qualquer momento a identidade dos participantes.

Caso necessite de algum esclarecimento adicional, em qualquer momento do estudo, encontro-me ao seu inteiro dispor.

Tendo em vista os itens acima apresentados, de forma livre e esclarecida, declaro que concordo em participar neste estudo e autorizo que os dados sejam utilizados para os fins a que se destinam.

Concordo e autorizo ☐

Data: _____

Obrigada pela sua colaboração. A Doutoranda, _____

(Dr^a Kátia Castro)